



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

1º CURSO DE MESTRADO EM SEGURANÇA DO DOENTE

2010/2012

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A Cultura de Segurança do Doente em alunos do 4º ano dos cursos
de Tecnologias da Saúde**

Mestrando: Diogo Ricardo

Orientador: Professor Doutor David Tavares

OUTUBRO 2012

AGRADECIMENTOS

Dirijo os meus maiores agradecimentos, na realização desta dissertação de mestrado ao Professor David Tavares pela sua orientação durante todo o processo de investigação.

À Professora Elisabete Carolino pela ajuda fundamental na análise estatística e processamentos dos dados.

Ao Professor Paulo Sousa pelo modo contagiante como aborda o tema da segurança do doente.

Aos meus pais, pelo seu amor incondicional e apoio durante a minha vida.

À Carolina por estar sempre ao meu lado, incentivando-me nas circunstâncias de maior desânimo, e agora partilhando comigo a felicidade na finalização desta etapa.

Saúdo todos os meus colegas da ESTeSL que me ajudaram na recolha dos questionários, sem os quais não poderia realizar este trabalho.

Um obrigado aos alunos pelo interesse que mostraram e pela disponibilidade para preencher os questionários.

Finalmente a todos os amigos, e colegas que acreditaram neste projeto.

RESUMO

O presente trabalho pretende estudar a cultura de segurança de doente em alunos do ensino superior, na área das tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Esta problemática não tem sido abordada pela comunidade científica, pelo que o seu estudo é relevante. Os alunos que finalizam a licenciatura estão legalmente autorizados para intervir perante o doente, contudo, a sensibilidade que têm para as questões da segurança do doente deve ser analisada com o intuito de melhorar a sua preparação como futuros profissionais de saúde.

Neste estudo participaram 180 alunos estratificados consoante o curso e sexo de modo a obter uma amostra representativa da população alvo. Foi constituído um questionário com 31 itens numa escala dicotómica que avaliam a cultura de segurança do doente em 7 dimensões – liderança, trabalho de equipa, a prática baseada na evidência científica, a comunicação, a aprendizagem, a justiça, e a prática clínica centrada no doente. Pode igualmente compor-se uma medida global de cultura de segurança do doente através do somatório das 7 dimensões. Os resultados evidenciam a existência de uma correlação positiva moderada entre as dimensões – Trabalho em equipa (0,660); Liderança (0,610); Prática baseada na evidência científica (0,627); Ambiente justo (0,570); Comunicação (0,501) e o Total.

Palavras-chave: Segurança do doente; Cultura Organizacional; Formação;

ABSTRACT

The present work intends to study the patient safety culture on students in higher education, in the area of diagnostic and therapeutic technologies. This problem has not been addressed by the scientific community, so its study is relevant due to the role that the TDT have before the patient. Students who finish a degree are legally entitled to act before the patient, however, the sensitivity that they have for patient safety issues must be considered in order to improve their preparation as future health care professionals.

This study involved 180 students laminated depending on the course and sex in order to get a representative sample of the target population. A questionnaire was set up with 31 items in a dichotomous scale that assesses the patient safety culture in 7 dimensions – leadership, teamwork, evidence-based, communication, learning, just, and the patient centered. It can also be composed a global measure of patient safety culture through the sum of the seven dimensions. The results demonstrate the existence of a moderate positive correlation between the dimensions – Teamwork (0.660); Leadership (0.610); Evidence-based (0.627); Just (0.570); Communication (0.501) and the Total.

Key-words: Patient safety; Organizational Culture; Formation;

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

<i>AHRQ</i>	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ACSP	Análises Clínicas e Saúde Pública
APCT	Anatomia Patológica Citológica Tanatológica
CPL	Cardiopneumologia
<i>CRM</i>	<i>Crew Resource Management</i>
DTN	Dietética e Nutrição
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESTeSL	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
FM	Farmácia
FT	Fisioterapia
MN	Medicina Nuclear
<i>NPSA</i>	<i>National Patient Safety Agency</i>
OPR	Ortoprotesia
ORT	Ortótica
RD	Radiologia
RT	Radioterapia
SA	Saúde ambiental
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO	1
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO 1 – Segurança do doente	3
CAPÍTULO 2 – Contextualização da cultura nos sistemas sociais	10
1. Cultura Organizacional	10
2. Cultura de Segurança do Doente	14
2.1. Dimensões da segurança do doente	15
2.1.1. Liderança	16
2.1.2. Trabalho de equipa	17
2.1.3. Prática baseada na evidência científica	18
2.1.4. Comunicação	19
2.1.5. Aprendizagem	19
2.1.6. Ambiente justo	20
2.1.7. Prática clínica centrada no doente	21
CAPÍTULO 3 – A influência da escola na formação dos alunos	23
1. <i>A Socialização Escolar</i>	23
2. A educação na Segurança do Doente	26
PARTE II. METODOLOGIA	28
CAPÍTULO 4 – Descrição dos métodos de investigação	28
1. Objetivos do Estudo: Problemática	28
1.1. Objetivo Geral	28
1.2. Objetivos Específicos	28
2. Breve caracterização da ESTeSL	28
3. Seleção e critérios de inclusão dos participantes	30
3.1. Amostra	30
3.2. Apresentação da amostra	31
3.3. Tipo de Estudo	32
3.4. Período do Estudo	32
3.5. Instrumentos de recolha de dados	32
3.6. Dimensões da segurança do doente no questionário	34

3.7. Processamento dos dados	35
4. Avaliação estatística do questionário utilizado	35
4.1. Consistência interna	35
4.2. Validade discriminante	36
4.2.1. Análise da correlação dos itens	37
4.2.2. Análise da correlação das dimensões	38
PARTE III. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	39
CAPITULO 5 – Análise e discussão dos resultados	39
1. Liderança	39
2. Trabalho de equipa	44
3. Prática baseada na evidência científica	51
4. Comunicação	55
5. Aprendizagem	59
6. Ambiente justo	60
7. Prática clínica centrada no doente	64
CAPITULO 6 – Conclusões e recomendações	67
1. Conclusões	67
2. Recomendações	68
CAPITULO 7 – Referências bibliográficas	70
ANEXOS	79
Anexo N.º 1 – Pedido de autorização para a implementação do questionário na ESTeSL	80
Anexo N.º 2 – Instrumento de recolha de dados	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo do Queijo Suíço	4
Figura 2. “A anatomia de um acidente”	5
Figura 3. Modelo da Cultura de Segurança de Schein	12
Figura 4. Fórmula de estratificação da amostra	31
Figura 5. Intervalo de valores R de Pearson	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição da população por curso	30
Quadro 2. Distribuição da amostra por curso e sexo	31
Quadro 3. Distribuição dos questionários recebidos	32
Quadro 4. Intervalo de valores do Alfa de Cronbach	35
Quadro 5. Alfa de Cronbach dos itens de cada dimensão	36
Quadro 6. Validade discriminante dos itens do questionário	37
Quadro 7. Correlação entre as dimensões e o total	38
Quadro 8. Motivação e apreensão dos profissionais	39
Quadro 9. Desmotivação face ao fato do chefe não referir o seu desempenho	40
Quadro 10. Punição nos desvios de protocolo	41
Quadro 11. Abertura na discussão dos tratamentos	42
Quadro 12. Processo de escolha do líder da equipa de trabalho	43
Quadro 13. Composição da equipa de trabalho	44
Quadro 14. A consonância entre os objetivos da equipa e os individuais	45
Quadro 15. Rendimento da equipa de trabalho	46
Quadro 16. Tempo de execução nos processos de trabalho	47
Quadro 17. Relação entre o rendimento da equipa e as relações entre os seus membros	48
Quadro 18. Relação entre o desempenho da equipa e os objetivos pessoais	48
Quadro 19. Auxílio dos colegas na execução das tarefas	49
Quadro 20. Especialização dos membros da equipa	50
Quadro 21. Regulamentação dos membros de equipa	51
Quadro 22. O efeito dos equipamentos de proteção profissional na segurança do doente	52
Quadro 23. Relação entre a experiência profissional e a passagem de etapas de trabalho	53

Quadro 24. Rigidez das normas de trabalho	54
Quadro 25. Avaliação das instituições de saúde	55
Quadro 26. Relação entre o uso de termos técnicos e o domínio do conhecimento	56
Quadro 27. Comunicação entre colegas	57
Quadro 28. Generalização da linguagem científica	57
Quadro 29. Conversas sobre o quotidiano durante a execução de tarefas	58
Quadro 30. O financiamento da formação dos profissionais de saúde	59
Quadro 31. Relação entre a experiência profissional e a probabilidade do erro	60
Quadro 32. Punição dos erros	61
Quadro 33. Reporte de erros	62
Quadro 34. Discussão dos erros	62
Quadro 35. Resolução judicial dos eventos adversos	63
Quadro 36. Disponibilidade de informação à família do doente	64
Quadro 37. Relação entre a informação ao doente e o seu tratamento	65
Quadro 38. Registo de informação do doente	66

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito do I Curso de Mestrado em Segurança do Doente, lecionado em cooperação pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, e pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa.

A escolha do tema de investigação, no âmbito do projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, é o resultado de um percurso pessoal de construção e formação em que se foram cruzando as condições envolventes, experiências, motivações e interesses.

A formação do autor deste trabalho foi sempre vista de forma ampla sem se restringir apenas à investigação específica da sua formação inicial na vertente clínica, mas partilhando os aspetos transversais aos diversos cursos das tecnologias da saúde.

A experiência docente na ESTeSL, e a frequência do mestrado proporcionaram inevitavelmente a reorientação de perspetivas e opções no percurso formativo, motivando questões e hipóteses de pesquisa abordadas.

Na preparação de técnicos de diagnóstico e terapêutico, após a finalização do 4º ano os alunos entram num processo de transição para a vida ativa. Segundo o Decreto-Lei Nº. 564/99, os profissionais detentores de formação de nível superior intervêm na prevenção diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção do doente, sendo legalmente responsáveis pelos seus processos.

A temática da segurança do doente em expansão contínua que se encontra, aborda as diversas componentes nos sistemas de saúde. A formação dos profissionais de saúde é um ponto com muita importância que pode definir a sensibilidade dos mesmos para os princípios da segurança do doente e para o perfil que apresentam no seu trajeto profissional. (WHO, 2011)

A bibliografia existente apenas se reporta ao ensino médico e ao ensino da enfermagem, pelo que faria todo o sentido ter a mesma abordagem para uma área da saúde essencial na prestação de cuidados, como são as tecnologias da saúde.

Inspirados por esta dialética entre a cultura de segurança do doente e a formação, formularam-se as seguintes questões de partida:

- De que forma os alunos do 4º ano de cursos superiores das tecnologias da saúde têm uma Cultura de Segurança do Doente?
- Como serão as atitudes, comportamentos, valores, crenças, e o conhecimento da segurança do doente dos alunos das tecnologias da saúde?
- Quais as dimensões de segurança do doente que os alunos dão mais importância?

Iniciamos o nosso estudo por uma análise teórica acerca da problemática em estudo. No Capítulo 1 pretende-se realizar uma breve análise sobre a temática da segurança do doente, seja nos seus princípios e nos movimentos ocorridos em prol da mesma. O Capítulo 2 versa sobre as organizações e os processos inerentes a estes organismos. As organizações são constituídas muitas vezes por elementos heterogéneos nas suas formações académicas e cívicas. As metas organizacionais e a consequente orientação dos seus mementos, segundo a cultura existente na organização, ganham importância nas questões relacionadas com a segurança do doente. A compreensão da interatividade entre a organização e os seus elementos é essencial para a obtenção de uma visão partilhada e benefícios para o doente na melhoria da qualidade dos serviços prestados. No Capítulo 3 faz-se uma alusão ao espaço escolar como um local privilegiado na transformação dos alunos em profissionais de saúde com práticas seguras. A adequação do ensino para uma formação de alunos com atenção para a segurança do doente pode constituir uma componente importante no futuro do sistema de saúde. O Capítulo 4 descreve a metodologia utilizada para a realização deste estudo, fundamentada cientificamente de modo a garantir a fiabilidade do instrumento de recolha de dados utilizado e a validade dos dados obtidos. No Capítulo 5 discutem-se os resultados obtidos, e com uma discussão interessada na contextualização dos resultados tendo em conta a população alvo e o tema do trabalho de investigação. O Capítulo 6 encerra este trabalho, avançando com algumas conclusões retiradas dos dados e da experiência do autor neste processo.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – Segurança do doente

A segurança do doente é um problema com uma importância crescente global nos sistemas de saúde atuais (Feng; Bobay; Weiss, 2008), podendo ser visto como um problema de saúde pública. (Sousa, 2006)

“Foi com efeito a publicação em 2000 pelo Institute of Medicine americano do livro *“To err is human: building a safer health system”* que colocou no centro da política dos sistemas de saúde a questão da segurança dos doentes.” (Carneiro, 2010)

A prestação de cuidados envolve sempre riscos (Sousa, 2006), pelo que os sistemas de saúde a nível mundial deparam-se, no século XXI com o objetivo de melhorar substancialmente a segurança do doente. (Milligan, 2007) A necessidade de melhorar a segurança do doente nos sistemas de saúde tem sido progressivamente aceite como um valor central na prestação de cuidados. (Lage, 2010) Apesar de compartilharem objetivos comuns a fim de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, existem algumas diferenças nas estruturas, recursos, responsabilidades e prioridades dos sistemas de saúde de diferentes países. (Sousa *et al.*, 2009)

No presente pode-se identificar a área da prestação dos cuidados de saúde, como uma área onde a segurança dos seus utilizadores, e dos seus prestadores de cuidados é tão critica como a aviação. (Milligan, 2007) Contudo a sensibilidade para a segurança do doente não é a mesma que ocorre na aviação. Tal fato pode justificar-se pela divulgação nos meios de comunicação social das quedas dos aviões como tragédia coletiva, e não se referem as fatalidades recorrentes nas instituições de saúde. (Leape, 1994) Assim, os erros que ocorrem nestas áreas têm dimensões sociais diferentes, apesar dos erros na prática clinica ocorrerem há várias décadas, e o número de erros são altos e repetitivos. (Macrae, 2008)

O evento adverso pode entender-se como um ato não propositado, por ação ou omissão, ou mesmo um ato que não resulta como era suposto que provoca dano no doente. (Leape, 1994) Quando ocorre nas organizações de saúde, é classicamente visto como uma consequência natural do risco da prática clínica, que se torna mais complexa e exigente. (Carneiro, 2010) Apesar deste facto, os erros que originam os

eventos adversos, sempre foram analisados e discutidos, contudo a sua visualização global tendo em consideração os diversos fatores sistémicos que originavam ou “facilitavam” a ocorrência de erros existentes em instituições de saúde sempre foram subestimadas. (Milligan, 2007)

Os erros e - eventuais consequências - eventos adversos constituem uma fonte importante de morbilidade, mortalidade e consumo de recursos, devendo por isso ser analisados e controlados através de sistemas próprios e dedicados. (Carneiro, 2010)

Os vários sistemas de segurança presentes nas organizações podem a dado momento alinhar os seus pontos fracos, e perante um agente perigoso, provoca dano ao doente. (Fragata, 2010; Carneiro, 2010)

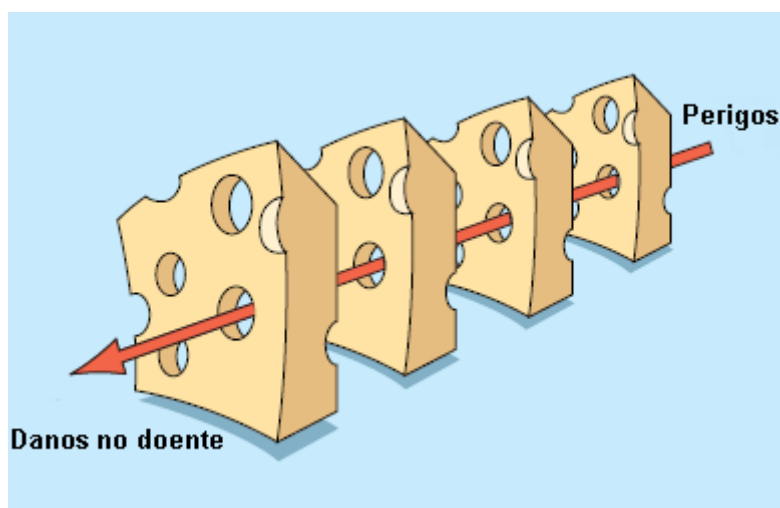


Figura 1. Modelo do Queijo Suíço
Adaptado de Reason, 2000

As organizações têm sistemas ou barreiras que existem com a intenção de anular qualquer tipo de evento adverso que possa ocorrer em doentes e profissionais de saúde, contudo e apesar da sua eficácia têm sempre fraquezas ou falhas. (Reason, 2000)

Estas falhas podem ocorrer devido a fatores múltiplos, podendo a sua origem resultar de falhas na estrutura - p. ex. profissionais, equipa de trabalho - ou no processo - p. ex. diagnóstico, tratamento -. (Sousa, 2006; Fragata, 2010)

As falhas ativas são os erros diretos dos profissionais que agem perante o doente, podendo ser caracterizados por enganos, lapsos ou violações do protocolo. Por sua vez, as falhas latentes são os erros derivados de elementos organizacionais

implementados nos processos de trabalho que podem ocorrer diariamente contudo acabam por se evidenciar principalmente quando combinados com uma falha ativa e originam um evento adverso com dano para o doente. (Reason, 2000)



Figura 2. "A anatomia de um acidente"

Adaptado de Kerridge; Lowe; Henry, 1998

A Figura 2 versa sobre as consequências da gestão administrativa e as condições organizacionais que promovem o erro e as violações, que em último caso, provoca dano no doente. A análise dos incidentes na saúde passou as "fronteiras" da causalidade apontada à individualidade que comete o erro, analisando desde logo os fatores organizacionais que propiciaram a origem do erro. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998)

Quando ocorre um erro e não causa dano no doente - *near-misse* - a visibilidade e reflexão sobre o mesmo não é idêntica à dada quando ocorre de fato um evento adverso no doente. (Mahajan, 2010) Existe assim a necessidade de haver uma análise sistemática dos processos de trabalho nas instituições de saúde tendo em consideração a qualidade e segurança do doente. (Vincent; Coutler, 2002)

A qualidade dos cuidados de saúde prestados deve ser analisada conforme três componentes organizacionais, a estrutura (equipamentos, recursos humanos, estruturação interna), os processos (atividades dos profissionais e dos doentes no diagnóstico e tratamento), e os resultados (efeitos positivos e negativos dos tratamentos implementados). (Donabedian, 1997)

A gestão de risco pode ser definida pelo seu conjunto de processos com o intuito de melhorar, motivar, monitorizar e modificar as práticas e as tecnologias nas organizações de modo a atingir os objetivos das mesmas. (Macrae, 2008)

A identificação de áreas de atuação, priorização de medidas preventivas, e a seleção de indicadores que permitam monitorizar e avaliar a efetividade e eficácia das medidas tomadas numa conceção global das instituições para reduzir ao máximo o risco na prestação de cuidados de saúde. (Sousa, 2006)

A *root-cause-analysis* aborda as causas prováveis do erro tendo uma visão global das características das organizações de saúde, p. ex. regulações institucionais, pertinência dos protocolos existentes, políticas de segurança, tipos de liderança e comunicação. (Carneiro, 2010) Este método deteta as falhas latentes existentes nas organizações na presença de um evento adverso ou *near-misse*, só eficaz numa organização onde é reconhecido que existem problemas, e de uma forma pró-ativa procura identificar ameaças latentes. (Nieva; Sorra, 2003) Contudo existe uma grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde em lidar com o erro humano. (Leape, 1994)

“Os cuidados de saúde são prestados por profissionais competentes que nunca são super-mulheres ou super-homens.” (Serranheira; Uva; Sousa, 2010)

É inevitável que os erros ocorram nos serviços de saúde. A tomada de consciência que o fator humano está exposto a falhas nos processos de trabalho em áreas de risco, como nas mencionadas em cima, permitirá alcançar grandes melhorias na segurança do doente. (Leape, 1994)

As causas mais comuns para o erro de origem humana são derivadas do *stress*, fadiga, e lapsos. (Milligan, 2007) Os profissionais de saúde são menos conscientes das suas capacidades físicas, quando comparados com membros da aviação, dado que atribuem menor importância à fadiga no seu desempenho clínico. (Sexton; Thomas; Helmreich, 2000) Os automatismos existentes são mais prejudiciais em situações de *stress*, onde a falha pode ocorrer sem a intenção do profissional, não podendo ser esta situação excluída da segurança do doente. (Carneiro, 2010)

A análise sistémica das organizações deve ter em consideração os comportamentos individuais dos profissionais, não obstante das características do sistema existente que favorecem o erro (Carneiro, 2010), contudo a sua visão deve ser sempre de ajuste, melhoria e aprendizagem. (Sammer *et al.*, 2010)

Os erros não podem ser atribuídos continuamente apenas ao erro humano. (Sousa *et al.*, 2009) No sentido de diminuir a ocorrência de falhas nas instituições, devem realizar-se análises à componente estrutural e processual, para a otimização do sistema de trabalho. (Sousa, 2006)

Sendo um dado adquirido que os profissionais de saúde são vulneráveis ao erro, deve haver uma análise dos processos de trabalho, com atenção aos aspetos logísticos como os equipamentos, local de trabalho e mesmo treinos e educação. O melhoramento da interatividade dos profissionais de saúde com os equipamentos parte da análise de possíveis erros que possam ocorrer no interface dos mecanismos, de modo a solucionar-se as eventuais anomalias e ajustar os processos de trabalho das organizações tendo em mente o fator humano. (Milligan, 2007)

Os postos de trabalho são lugares onde os profissionais devem ter condições físicas para poderem exercer, não apenas por conforto, mas de extrema importância para que se possam realizar os tratamentos e exames, pondo em causa a qualidade dos serviços, a segurança do doente e a saúde do profissional associados a lesões relacionadas com o trabalho. (Serranheira; Uva; Sousa, 2010)

A segurança do doente deve ter uma abordagem à complexidade dos processos que constituem a prestação de cuidados de saúde nas suas vertentes ambientais, tecnológicas e de interação entre as pessoas. (Sousa *et al.*, 2009)

O *design* dos locais de trabalho contribui para os resultados associados à segurança do doente. O equipamento inadequado aos profissionais, a sequência de tarefas descentralizada e os estímulos monótonos nos locais de trabalho são fatores preponderantes que podem contribuir para uma melhoria dos cuidados de saúde. (Serranheira; Uva; Sousa, 2010)

Um ambiente ideal de trabalho consciente de todos os aspetos de segurança relacionados com o trabalho, enfatiza e oferece uma interminável atenção à segurança, em aspetos como o *design*, os processos, a gestão e as recompensas. Assim, ao nível da estrutura organizacional e *staff*, as medidas de melhoria das condições dos espaços físicos, a comunicação livre, e o reporte de eventos adversos promovem processos de trabalho e prática clínica seguros. (Milligan, 2007)

Dado a constante evolução tecnológica na sociedade, a informatização do sistema de saúde permite a utilização de programas que facilitam o acesso a bases de dados de eventos adversos e *near-misses* reportados, melhorando a implementação de práticas seguras eficientes, com análise sistemática e contínua recolha dos parâmetros dos indicadores. (Vicent, 2007) Os relatos de incidentes servem essencialmente para que se possam tirar elações que permitam o planeamento de ações para que não se repitam. (Lage, 2010) A aprendizagem perante os incidentes é vista como requerente de uma descentralização, colaboração e de um sistema de reflexão que delinea as experiências dos profissionais de saúde num estado de compreensão total sublinhando as causas da sua origem, as possíveis mudanças a implementar e não da procura da culpabilização do profissional de saúde. (Macrae, 2008) O maior obstáculo para a implementação de um sistema de reporte de erros é a motivação dos profissionais de saúde, quando deparados com as punições e falta de *feed-back* nos erros detetados. (Lage, 2010)

A participação no reporte de erros, é uma temática importante para a gestão de risco e segurança do doente, contudo não deve ser demasiado enfatizada, dado o seu papel ser principalmente, o de evidenciar problemas e as possíveis origens. (Vicent, 2007)

Estas melhorias da segurança dos cuidados de saúde, exigem que os serviços de saúde, tenham acesso imediato a informações que suportem a aprendizagem com experiências existentes, em ordem de promover mecanismos em que ambos possam evitar erros e atenuar o impacto dos erros que ocorrem. (Nieva; Sorra, 2003)

A base científica existente demonstra que os profissionais de saúde não devem trabalhar com o pensamento de que os erros irão deixar de existir se não forem implementadas medidas para os anular. O modelo dos cuidados de saúde centrados no doente é caracterizado pela partilha de informação perante um evento adverso, em que aos doentes é-lhes fornecida informação que permita estabelecer a relação existente entre o erro ocorrido e as suas consequências (Lage, 2010), ideia subjacente à exigência de uma maior transparência por parte da população em geral nos processos que ocorrem nos serviços de saúde. (Macrae, 2008) A sensibilidade da segurança do doente parte do pressuposto que nem todos os eventos adversos ocorrem de forma negligente, pelo que por vezes durante o tratamento podem ocorrer complicações não-previsíveis sem prejuízo do desempenho dos profissionais. (Carneiro, 2010) Diversos países já publicaram evidência onde do aumento de

ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados de saúde, não devido à intencionalidade dos profissionais em magoar os doentes, mas pela complexidade dos processos existentes nas instituições de saúde que dificulta a certeza de permanente segurança dos doentes, a começar pela diversidade de profissionais de saúde, com formações diferentes que são responsáveis pelo tratamento dos doentes. (WHO, 2011)

CAPITULO 2 – Contextualização da cultura nos sistemas sociais

1. Cultura Organizacional

Segundo Tylor – citado por Maia, 2002:89 – a cultura “é um conjunto complexo que compreende conhecimentos, crenças, a arte, o direito, a moral, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos que o Homem adquire enquanto membro da sociedade”.

A cultura é um conceito fluido e maleável (Bernoux, 1995), que determina o curso de vida de uma comunidade sem se impor ao nível do pensamento consciente dos seus membros. (Maia, 2002) A “cultura social” onde se insere a organização constitui uma limitação para a cultura organizacional que se pretende obter numa instituição. O meio social onde os elementos das organizações se inserem, devido à socialização familiar, escolar e profissional, estruturam as suas perceções e reações efetivas, influenciando desse modo as opções que os membros tomam. Assim por vezes procura-se estabelecer relações entre a cultura social e os estilos de gestão ou modos de funcionamento das organizações. (Hofstede *et al.*, 1980)

Uma organização social é “...um sistema interpessoal de esforços humanos coordenados ou com um sistema de papéis sociais definidos pelas normas sociais...” (Maia, 2002:274) De uma forma clássica pode-se caracterizar como uma entidade onde existe: distribuição de tarefas com precisão e determinação; distribuição de papéis a desenrolar no seio da organização; sistema de autoridade a fim de condicionar o comportamento do indivíduo aos objetivos da organização; sistema de comunicações para promover a relação entre indivíduos e gerir a flexibilidade do grupo; sistema contribuição-retribuição que define o que o indivíduo deve trabalhar e o que deve receber. (Bernoux, 1995) Procura desse modo, dotar os seus membros de uma mentalidade única e objetivos em comum, para que possam obter os resultados esperados. (Friedberg, 1995)

Shappell (2003), citado por Milligan (2007: 99), “...a cultura de uma organização refere-se realmente aos processos não-oficiais e informais, como comportamentos, valores, atitudes, crenças e regras relacionais existentes. A cultura nas organizações é tida como uma configuração de subculturas individuais que depende do equilíbrio possível e existente entre os vários atores sociais, e não como um conjunto homogêneo de atitudes e valores comuns a todos. Revestida de uma

singularidade um pouco rara, por se ter imposto e consolidado junto dos especialistas e público em geral no prazo relativamente breve. Isso deve-se não só, às suas características exploratórias, mas também à visão mais integrada e mais personalizada do mundo das organizações. (Gomes, 1993) A utilização deste termo específico enquadrado em componentes culturais ocorre após um movimento de empresas, que produziam produtos semelhantes para serem comercializados no mesmo meio obtendo resultados diferentes. Tornou-se assim imperativo a aproximação dos princípios ao ponto de uma fusão virtual de duas entidades fisicamente distintas. (Bernoux, 1995)

Wright em 1994 – segundo Feng; Bobay; Weiss, (2008) – contextualizou o uso do termo “cultura” no seio de uma organização em quatro pontos:

1. Referência aos problemas de gestão em empresas com locais de produção em diferentes países;
2. Integração de elementos de diferentes países e etnias nas equipas de trabalho;
3. Informalidade nos conceitos, atitudes e valores da equipa de trabalho;
4. Imposição de práticas formais pela administração das entidades de modo a manter a união e dinamismo nos elementos das equipas de trabalho.

As organizações são singulares e únicas como locais de socialização, podendo ter objetivos diferentes consoante a área de interesse. Contudo existem temas que podem ser abordados paralelamente em diversos campos. (Friedberg, 1995)

As organizações de produção, p.ex. energia nuclear, e organizações de saúde têm abordado com maior relevo o tema da segurança nas suas instituições. (Nieva; Sorra, 2003) Este crescente interesse na segurança, foi acompanhado pela tentativa de compreensão da cultura organizacional. Há ampla convicção que a gestão organizacional molda em muitos aspetos o desempenho das equipas de trabalho, incluindo nas suas respostas aos problemas e desafios no que concerne à segurança e organização. (Chen; Ng; Li, 2011) Desse modo a cultura de segurança surge como uma subcomponente da cultura organizacional (Feng; Bobay; Weiss, 2008), e apesar de não se encontrar bem definida nos seus conceitos (Guldenmund, 2000), pode-se entender como o produto dos valores do indivíduo e do grupo, as atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o empenho, o estilo e proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. (Nieva; Sorra, 2003)

Apesar de ser relativamente fácil definir a cultura de segurança por palavras, saber e compreender realmente as características que definem a cultura de segurança em instituições de saúde e as suas implicações nessas organizações pode ser ilusória. (Sammer *et al.*, 2010) Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicações baseadas na confiança mútua, por perceções compartilhadas na importância da segurança, e confiança na eficácia das medidas de prevenção de erros. (Nieva; Sorra, 2003) Uma organização com uma cultura da segurança é aberta e leal com os profissionais, pelo que, quando os incidentes acontecem, existe uma aprendizagem com os erros, em oposição à culpabilização individual, e fixação no que ocorreu de errado no sistema. (Chen; Ng; Li, 2011)

Paralelamente ao conceito de cultura de segurança, nas organizações identifica-se também o conceito de clima de segurança. (Guldenmund, 2000) Marquardt, Gades e Robelski, (2011) destacam a diferenciação entre o clima de segurança e a cultura de segurança. O primeiro destaca-se pelo conjunto de atitudes nas organizações, o segundo, pelas convicções e os significados subjacentes às atitudes. As atitudes são os aspetos mais básicos e também mais importantes na compreensão social da cultura de segurança. (Harvey *et al.*, 2002)

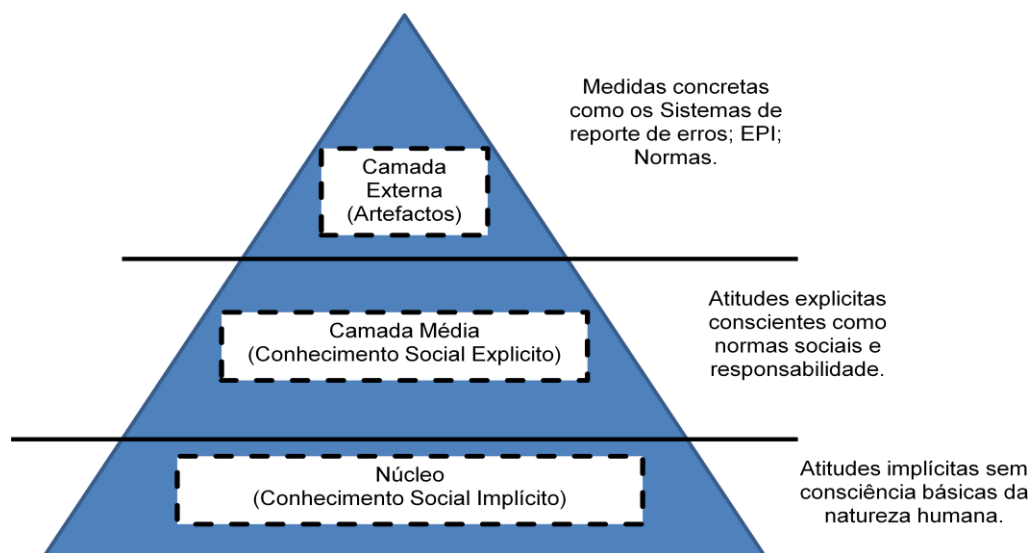


Figura 3. Modelo da Cultura de Segurança de Schein (1992)

Adaptado de Marquardt; Gades; Robelski, 2011.

A teoria de Schein propõe três níveis inter-ligados na cultura de segurança. Artefactos observáveis (Camada externa), Valores expostos (Camada média), Assunções básicas (Núcleo). (Guldenmund, 2000)

O clima de segurança nos processos existente nas organizações está associado às atitudes explícitas. (Guldenmund, 2000) Estas atitudes são visíveis nos processos onde a responsabilidade individual é subvalorizada. A complacência perante os riscos profissionais na falta de uso de EPI e desobediência às normas vigentes denota um clima de má segurança. (Marquardt; Gades; Robelski, 2011) A utilização dos EPI depende dos comportamentos dos profissionais de saúde, sendo que, uns optam por usar e outros não os utilizam, independentemente da tarefa a ser realizada. (Salavessa; Uva, 2007)

Os profissionais devem ser capazes de avaliar a necessidade de utilizar os equipamentos nos diversos exames e tratamentos a realizar aos doentes sem subestimar os efeitos da exposição individual aos instrumentos. (Guldenmund, 2000) As atitudes implícitas são geradas de forma automática com uma origem desconhecida, contudo a experiência individual passada mostra-se como base consoante o resultado positivo ou negativo que as ações tiveram nesses acontecimentos. (Harvey *et al.*, 2002) De uma forma generalizada, a cultura de segurança que está implementada numa organização define as atividades diárias dos seus profissionais e orienta os comportamentos perante a segurança do doente. (Chen; Ng; Li, 2011) Os artefactos são os componentes mais explícitos, mas em simultâneo de maior dificuldade de compreensão na sua relação com a cultura de segurança.

Os relatórios dos incidentes que ocorrem devem ser formulados, mas a mais-valia dos mesmos depende da sua análise e dos benefícios que trazem para a sensibilização dos riscos e futura prevenção de erros. (Marquardt; Gades; Robelski, 2011) O reporte de erros, deve ser consistente de modo a que se possa ter uma perceção real do que existe para se poder melhorar. Contudo e apesar da maior incidência de casos que ocorrem *near-misses* - erros que não originam dano para o doente - o receio de consequências disciplinares inibe o reporte de erros. (Carneiro, 2010)

A cultura de segurança implementada nas organizações, quando relacionadas com outros assuntos internos da gestão, têm uma grande influência nos comportamentos dos profissionais de saúde para as questões da segurança do doente. (Nieva; Sorra, 2003)

2. Cultura de Segurança do Doente

A promoção da cultura de segurança do doente tornou-se um dos pilares de sustentação do movimento de segurança do doente existente no mundo. (Nieva; Sorra, 2003)

Segundo a *AHRQ* – citada por Sammer *et al.*, 2010 – define-se a Segurança do Doente como “O produto de valores, atitudes, percepções, competências e atitudes individuais ou grupais que determinam o estilo e que determinam o estilo e a proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização”. Para Cox (1991) citado por, Chen, Ng e Li, 2011, “a cultura de segurança pode ser definida pelas atitudes, crenças, percepções e valores partilhados pelos membros de uma organização.” Contudo uma definição baseada principalmente em valores partilhados e compromisso pode simplificar demasiado a complexidade do conceito (Groves; Meisenbach; Scott-Cawiezell, 2011), podendo ocorrer que na mesma instituição de saúde, a ideia de “cultura de segurança do doente” pode variar de departamento, unidade ou mesmo individualmente, o que torna complexa a ideia unificada do conceito. (Marquardt; Gades; Robelski, 2011)

A *NPSA* em 2004 destaca sete passos na direção da segurança do doente para os profissionais de saúde: (Sousa, 2006; Milligan, 2007)

1. Construir uma cultura de segurança através da criação de um ambiente aberto e justo;
2. Liderar e apoiar equipas de saúde em torno da segurança do doente;
3. Gerir as atividades de risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas;
4. Promover o reporte dos eventos adversos ou *near-misses*, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes;
5. Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral, desenvolvendo formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos;
6. Aprender e partilhar lições de segurança, encorajando os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão subjacentes no sentido de aprender o “como” e o “porquê” que permitiu que o incidente ocorresse;

7. Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário.

Estas medidas não se assumem eficazes na ausência de eventuais falhas que possam ocorrer nas organizações de prestação de cuidados de saúde, contudo servem para colaborar na interiorização de uma mentalidade de mudança e de visão que os profissionais de saúde têm das suas funções. (Sousa, 2006)

Esta enumeração não surge por acaso, dado que as instituições de saúde estão cada vez mais conscientes da importância da transformação cultura organizacional a fim de melhorar a segurança do doente. (Chen; Ng; Li, 2011) Os pontos seis e sete salientam a importância para a educação na saúde ao nível dos profissionais de saúde e dos próprios administradores das organizações onde se prestam cuidados de saúde. O papel da educação para a segurança do doente deve ser um ponto de abordagem e de reflexão. Não adianta querer implementar medidas que propiciem as boas práticas se a componente humana - os profissionais que compõem as organizações - não estiverem especialmente sensibilizados para o tema. (Milligan, 2007)

2.1. Dimensões da Cultura de Segurança do Doente

A Cultura de Segurança pode ser definida em sete subculturas ou dimensões: (Sammer *et al.*, 2010)

- Liderança – Os líderes alinham o ambiente organizacional consoante a visão ou missão da organização, a competência do *staff* e os recursos humanos e financeiros disponíveis, desde a secretaria até ao trabalho de campo.
- Trabalho de equipa – Um espírito de grupo, colaboração, e cooperação existente entre executivos, *staff* e funcionários privados. Estes relacionamentos são abertos, seguros, respeitosos e flexíveis.
- Prática baseada na evidência científica – Os profissionais de saúde devem basear a sua prática em evidência científica. A padronização reduz a variabilidade e deve ser utilizada em todas as oportunidades, de modo a atingir a melhor fiabilidade possível.

- Comunicação – Qualquer membro da equipa multidisciplinar deve ter o direito e responsabilidade de exprimir a sua opinião em nome do bem-estar do doente, independentemente da sua função.
- Aprendizagem – O hospital aprende com os seus erros e procura novas oportunidades para melhorar a sua performance. Deve ser valorizada por todos os membros, incluindo médicos.
- Ambiente justo – Uma cultura reconhece os erros como dados organizacionais, em oposição a falhas individuais. Em simultâneo não reduz à responsabilidade individual tais atos.
- Prática clínica centrada no doente – Os cuidados de saúde são centrados em torno do doente e da sua família. O doente não tem apenas um papel ativo nos seus cuidados, mas também é um intermediário entre o hospital e a sua comunidade.

2.1.1. Liderança

Existe uma crescente evidência científica que aponta para a importância do papel da liderança e das decisões políticas na implementação de medidas de segurança do doente. (Sousa *et al.*, 2009) “A cultura de segurança não se cria pelo simples facto de existir uma política de saúde e segurança do trabalho, mas pelo exercício de uma liderança nos atos assumidos no dia-a-dia.” (Salavessa; Uva, 2007:84)

A força da cultura reflete a coerência das políticas e dos procedimentos nas organizações, pelo que uma forte cultura organizacional deriva de linhas de orientação e objetivos claros, e consistentes. A gestão interna das organizações realizada pelos seus líderes é mais efetiva, quanto maior for a evidente definição das metas organizacionais. (Chen; Ng; Li, 2011) A implementação de uma cultura de segurança do doente exige muito esforço, contudo os líderes das organizações têm um papel essencial na visão global do sistema de processos existente (Sousa *et al.*, 2009), ao contrário dos profissionais de saúde que conhecem - na sua grande maioria - apenas os casos particulares a que estão ligados. (Milligan, 2007)

A liderança pode ser considerada como uma das dimensões mais facilitadoras e promotoras da segurança do doente, do mesmo modo que a ausência da liderança nas organizações é uma barreira difícil de ultrapassar na implementação de medidas

que previnam eventos adversos. Nas instituições de saúde o líder desempenha um papel de facilitador, não apenas da definição das estruturas e tecnologias, mas também dos símbolos e das modalidades de entendimento entre os vários elementos, constituindo assim um núcleo de atividade cultural integro. (Gomes, 1993) O contato constante do líder com a sua equipa possibilita uma orientação contínua dos objetivos da equipa. (Daim *et al.* 2012) A educação dos líderes deve ser específica e fundamentada na segurança do doente de modo a que os próprios ajam como promotores da segurança do doente com instintos básicos que lhes permitam racionalizar os problemas, priorizando-os. (Sammer *et al.*, 2010) Cabe ao líder a gestão dos fatores de ambiente laboral, tais como os níveis de apoio administrativo e da motivação aos profissionais de saúde. (Vincent; Taylor-Adams; Stanhope, 1998) A liderança das organizações deve ter um papel importante na motivação de utilização das medidas de proteção individuais (Salavessa; Uva, 2007), envolvendo de modo ativo a estrutura humana que as compõe. (Milligan, 2007)

2.1.2. Trabalho em equipa

As instituições de saúde deparam-se diariamente com patologias cada vez mais complexas e correspondidas pela evolução tecnológica e consequente complexificação das metodologias utilizadas na prestação de cuidados de saúde. Estes fatos elevam a importância que deve ser dada à colaboração entre os profissionais de saúde. O trabalho de equipa deve ser multidisciplinar e ultrapassar cargos, patentes e títulos administrativos em prol de um bom desempenho. Cada elemento que exerce a sua profissão numa instituição de saúde é parte integrante da equipa de trabalho que presta os cuidados de saúde no doente. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998) O trabalho em equipa envolve mais do que o compromisso com os membros que constituem a equipa de trabalho e com a própria profissão. (WHO, 2011)

Estudos indicam que os membros séniores das equipas de trabalhos estão menos abertos às opiniões dos membros mais novos e são menos recetivos ao trabalho em equipa podendo limitar a flexibilidade no exercício da profissão. (Milligan, 2007) A prática clínica realizada pela equipa de trabalho, a sua supervisão realizada pelos membros séniores, está continuamente exposta a fatores, como o excesso de confiança (Vincent; Taylor-Adams; Stanhope, 1998) contudo, mesmo os membros séniores estão sujeitos às condicionantes existentes no meio hospitalar, como aos cortes orçamentais e à gestão circunscrita dos recursos humanos. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998)

2.1.3. Prática baseada na evidência científica

A cultura de segurança do doente deve ser alicerçada em boa evidência científica sobre os processos de trabalho que funcionam e os que têm uma probabilidade elevada de não funcionar corretamente (Carneiro, 2010), diminuindo a variabilidade dos processos de trabalho e do próprio questionamento dos profissionais de saúde relativamente aos procedimentos adotados nas instituições. (Chen; Ng; Li, 2011) Os médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde devem ter a capacidade de gerir a complexidade dos serviços de saúde tendo por base evidências científicas e manter um ambiente seguro para os doentes. (WHO, 2011) Aos profissionais de saúde é-lhes oferecida a possibilidade de exercer as suas funções de uma forma mais segura, estabelecendo um ambiente de aprendizagem, inclusive com a participação ativa dos elementos da equipa mais jovens, a quem lhes é permitida a discussão nas tomadas de decisão. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998) Estas práticas fundamentadas cientificamente, com padronização de metodologias, protocolos, *checklists*, e *guidelines*, são tidas como as que exibem uma maior excelência na segurança do doente. Apesar da “Autonomia e Arte Médica” ser ainda prática comum nos serviços de saúde, a formação na medicina começa a integrar metodologias correntes, caso da *checklist* de bloco operatório. (Feng; Bobay; Weiss, 2008)

Uma organização deve assimilar a informação disponível de modo a que se possa integrar a mesma nas novas situações que possam surgir. (Bolivar, 1997) Esta ideia permite que se exerça uma prática assente em evidência científica baseada no “ideal”, em que as decisões sobre os cuidados a prestar aos doentes envolvem a consciência explícita dos seus atos. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998) Os departamentos de qualidade desempenham um papel importante na implementação de medidas segundo a evidência científica disponível. (Sousa *et al.*, 2009)

De uma forma prática, a evidência científica fornece os melhores métodos de avaliação e anamnese dos doentes, impedindo o uso de tratamentos desnecessários e danosos - em alguns casos - para os doentes, que ficam sujeitos aos seus efeitos secundários e facilita e rentabiliza o uso de recursos humanos e materiais. Apesar de oferecer uma perspetiva clara dos tipos de tratamento que se podem ou devem seguir, a evidência científica não consegue quantificar os resultados/ efeitos secundários dos tratamentos, entre os quais a dor ou mesmo a qualidade de vida. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998)

2.1.4. Comunicação

A comunicação tem um papel fundamental na performance dos profissionais de saúde. Os doentes podem ser os melhores aliados nos serviços de saúde. Eles podem dar os primeiros sinais quando uma terapêutica não dá resultado ou mesmo quando os efeitos secundários agravam a doença. (WHO, 2011; Vicent; Coutler, 2002)

Kaissi *et al.*, (2003) salienta a importância da comunicação e do trabalho em equipa na segurança do doente. (Milligan, 2007) A comunicação eficaz durante uma consulta constitui, provavelmente, o maior determinante da precisão e extensão da informação recolhida pelo profissional de saúde. (Santos *et al.*, 2010) O processo de diagnóstico é constituído pela recolha de informação; integração da informação obtida; verificação de diagnóstico. Principalmente na fase de recolha de informação os erros de comunicação podem por em causa o diagnóstico e consequente processo terapêutico. (Santos *et al.*, 2010) A comunicação inadequada dos profissionais de saúde com os doentes pode originar erros de duplicação de informação, principalmente quando diferentes profissionais fazem as mesmas perguntas aos doentes em diferentes pontos no processo terapêutico. (WHO, 2011)

A clareza como os dados clínicos são registados e discutidos entre colegas e doentes, é crucial para a garantia de uma passagem de informação coerente. (Vicent; Coutler, 2002)

2.1.5. Aprendizagem

Compreender como os erros dos profissionais de saúde ocorrem, e como o seu desempenho prático pode prejudicar o rendimento dos serviços de saúde é essencial para a análise dos processos de trabalho. (WHO, 2011) A aprendizagem perante incidentes requer uma descentralização e colaboração de um sistema de reflexão que delinea as experiências dos profissionais de saúde num estado de compreensão total, sublinhando as causas da sua origem e as possíveis mudanças a implementar. (Macrae, 2008) Os procedimentos a adotar para provocar as mudanças necessárias não se devem limitar às fronteiras do conhecimento científico da área da saúde, se outras áreas possuírem métodos passíveis de serem adotados para melhorar a segurança do doente, devem ser estudados, adaptados e implementados. A *root-cause-analysis* é um método usualmente utilizado na indústria da aviação (Sexton; Thomas; Helmreich, 2000), devendo ser utilizada apenas quando existe a vontade de aprender a melhorar e evitar eventos adversos. (Sousa, 2006) Contudo poderá não se ficar por aqui. A aprendizagem não deve ser motivada apenas pelos acontecimentos

negativos. A avaliação interna e transparente das instituições possibilita a medição dos indicadores de saúde, que mesmo ao apresentarem bons resultados na sua apreciação, devem ser continuamente melhorados. (Milligan, 2007) A informação partilhada entre organizações tem um maior impacto, quanto mais rapidamente e eficientemente ocorrer a transferência de conhecimento tendo por base a partilha de informação que se obteve por aprendizagem própria. (Bolívar, 1997)

A pesquisa e investigação desenvolvida na segurança do doente devem tomar em consideração as dinâmicas de grupo entre os profissionais e a própria capacidade de aprendizagem organizacional. (Chen; Ng; Li, 2011) A aprendizagem organizacional não ocorre sem causa aparente, mas devido ao conjunto de atitudes, compromissos, processos e estratégias que são cultivados sistematicamente. O ambiente é um fator preponderante para a aprendizagem, a visão partilhada entre os membros da organização, o tempo de reflexão nos casos que ocorrem e a aprendizagem em equipa constituem um grupo de circunstâncias benéficas para que ocorra a assimilação de conhecimento. (Bolívar, 1997)

Na prática um ambiente de aprendizagem ideal deveria direccionar todos os membros para um exercício clínico consciente das tomadas de decisão em cada momento, de modo a garantir a segurança dos doentes. (Milligan, 2007)

2.1.6. Ambiente justo

A prática clínica pode ser influenciada pelo clima da organização, pelos fatores da segurança e moral. (Vincent; Taylor-Adams; Stanhope, 1998)

De acordo com Yassi e Hancock (2005), o ambiente organizacional está a surgir como um importante determinante da cultura de segurança do doente. Uma cultura que ofereça apoio aos profissionais, é normalmente associada a um local de trabalho com um ambiente de trabalho harmonioso, caloroso, e aberto, contudo as relações de amizade que se estabelecem muitas vezes nas organizações impede a expressão de opiniões e reporte dos erros que ocorrem, dado poder-se colocar em causa o bom ambiente entre os colegas. Isto salienta o fato de que um bom ambiente de trabalho pode por vezes ser negativa para a segurança do doente. (Chen; Ng; Li, 2011)

A averiguação de eventos adversos deve ter dois lados da mesma moeda, seja a visão da responsabilidade individual, e as falhas do sistema partindo de uma análise

fiável, com um espírito não punitivo e sem culpabilização independentemente do resultado da averiguação. (Guldenmund, 2010) A não-culpabilização deve partir dos políticos e dos meios de comunicação social, que utilizam a segurança do doente para imputar responsabilidades nos profissionais de saúde (Sousa *et al.*, 2009) como personagens principais de um acontecimento trágico. Estes meios são mediáticos e menos eficaz e frutuosos do que uma análise sistemática dos acontecimentos. (Nieva; Sorra, 2003) Esta perspetiva baseada na culpabilização individual é pouco eficaz na ótica da prevenção dos erros. (Serranheira; Uva; Sousa, 2010)

A participação no reporte de erros, é uma temática importante para a gestão de risco e segurança do doente, contudo não deve ser demasiado enfatizada, dado o seu papel ser principalmente, o de evidenciar problemas e as possíveis origens. (Vicent, 2007) Contudo, muitos profissionais de saúde apenas relatam os incidentes que originaram algum dano para o doente e não os *near-misses*. (Mahajan, 2010)

2.1.7. Prática clínica centrada no doente

A prestação de cuidados de saúde deve compreender que a sua existência se deve principalmente à própria existência de doentes. Assim deve ser garantido aos doentes e familiares um ambiente de melhoria do estado de saúde e bem-estar contínuo durante a sua interação com o sistema de saúde. Alguns projetos implementados para melhorar a segurança do doente ignoram a perspetiva do doente, pelo que o papel dos doentes deve ser reconhecido e incentivado. (Vicent; Coutler, 2002)

Segundo (Grantham; McMillan, 2006), “a educação do doente deve ser personalizada e cuidada consoante as capacidades cognitivas do doente.” Esta relação entre o profissional de saúde e o doente deve ser reforçada com respeito, empatia e atenção sistematicamente, de modo a que o doente se encontre recetivo e participe nas decisões de tratamento que se adequem. (Farrel, 2004)

Os doentes são muitas vezes pensados como agentes passivos, vítimas de erros e falhas de segurança, mas existe uma margem considerável para que estes possam ter um papel ativo no sentido de garantir que o seu tratamento é eficaz e adequado, para prevenir possíveis erros e assim garantir a sua própria segurança. (Vicent; Coutler, 2002)

A melhoria nos serviços de saúde, da relação médico-doente contribui para evolução positiva dos resultados de saúde do doente, na medida em que facilita a compreensão e memorização das recomendações, aumentando consequentemente a adesão aos tratamentos e a satisfação do doente. (Santos *et al.*, 2010) Os doentes devem sentir que são realmente ouvidos pelos profissionais de saúde, com uma parceria de equidade que os envolva no seu próprio tratamento. (Farrel, 2004:31)

CAPÍTULO 3 – A influência da escola na formação dos alunos

1. A Socialização Escolar

Segundo Dubar (2000), a socialização é um processo de construção identitária amplificado não só pela família ou pela escola, mas de igual modo, pelo indivíduo que negocia e interpreta os vários sistemas tipificados, opções de conduta, e ambivalências em sentimentos de pertença e referência, definindo uma identidade pessoal e uma forma singular de se mover e ler a realidade social. (Santos, 2005) Na socialização o indivíduo aprende a interiorizar um sistema de valores, normas e comportamento da cultura social onde se insere, interagindo com o conjunto de agentes de sociais existentes no meio. (Maia, 2002)

As escolas são organizações complexas que atendem diariamente uma interminável variedade de interesses, dinâmicas, recursos, objetivos e exigências por parte dos diferentes grupos que compõem a comunidade académica: alunos, pessoal docente, pessoal de administração, suporte pessoal, pais, entre outros. (Gairín; Castro, 2011) Segundo Erikson (1987) – citado por Gomes, 1993 – a escola é composta por uma pluridimensionalidade cultural devido a processos dinâmicos e conflituais que opõem conceitos internos a conceitos externos à organização; dentro da qual há vários microsistemas.

A escola deve proporcionar conhecimentos culturais, técnicos e científicos necessários à realização de tarefas complexas e aplicáveis às diferentes situações, potenciando as capacidades de comunicação, cooperação, organização e planificação de ações com responsabilidade individual nas ações tomadas pelo aluno no exercício da sua profissão. (Cabrito, 1994) Esse intercâmbio de ideias, experiências e materiais existentes na cultura escolar, associado a uma visão escola, clara, acessível e partilhada, favorece a aprendizagem dinâmica dos elementos que constituem a organização. (Bolívar, 1997)

A formação superior engloba duas instâncias, a escola onde existe a aprendizagem e interiorização dos valores profissionais, e as organizações onde se exerce a atividade profissional e os estágios académicos. Os locais de estágio são espaços de socialização escolar onde apesar de o espaço físico não ser a escola propriamente dita, o aluno pratica sem o estatuto de profissional de saúde. (Tavares, 2006) Esta passagem dos alunos pelas instituições onde se pratica o exercício da sua

futura profissão, é uma mais-valia na sua formação, contudo os estágios dão uma ideia ilusória da realidade, pelo que os alunos, nesta fase realizam as suas tarefas, mas no final é o responsável pela supervisão do seu desempenho que assume os resultados das tarefas propostas. Este facto tira a noção de responsabilidade dos alunos que não sentem o verdadeiro “peso” de uma tomada de decisão (Malglaiave, 1997) contudo, a formação para a temática da segurança do doente pode ser facilitada se os alunos já tiverem alguma experiência profissional na interação com os doentes. (WHO, 2011) Esta abertura do sistema escolar para o exterior possibilita um diálogo que origina novas influências, tensões e consequentes equilíbrios. (Jesuíno, 1993)

Para Graça Carapinheiro (1993) – citado por Tavares (2006:150) - “o processo de socialização escolar ocorre na «instituição que educa os profissionais» e o processo de socialização profissional ocorre na «instituição que trata os doentes». Se por um lado na formação dos alunos a escola valoriza a componente teórica, dotando-os de saberes específicos da sua área (Tavares, 2006), por outro são os saberes técnicos que permitem aprofundar os sistemas internos de conhecimento baseados em fundamentos científicos. (Dubar, 1997) Este assimilar de conhecimento confere, em contextos profissionais um aumento significativo da aptidão dos alunos como futuros técnicos, e maior qualidade na formação escolar. (Tavares, 2006) Segundo Naville - citado por Dubar (1997) - “Toda a formação que não realize corretamente este vaivém entre ciência e trabalho ficará sem efeito...”, pelo que a cooperação entre o espaço académico e o espaço laboral parece ser essencial para assegurar uma formação que procura conciliar a aquisição de competências inerentes ao exercício de uma profissão com o desenvolvimento pessoal e social do aluno. (Cabrito, 1994)

A possibilidade de manter uma relação com o exercício das suas profissões melhora a confiança na ação dos alunos. O *CRM* inicialmente desenvolvido para a área da aviação foi adaptado, e é atualmente uma ferramenta muito utilizada em áreas da saúde, p.ex. medicina e enfermagem, com melhorias na capacidade de resolução de problemas, trabalho de equipa (Strouse, 2010), contudo o seu uso não é apenas confinado para essas áreas. As técnicas de simulação podem ser usadas para enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares, e mesmo para o pessoal administrativo, principalmente quando o treino pretende simular situações graves para a saúde pública, ou é pretendido para averiguar a complexidade dos processos administrativos implementados nas organizações. (Gaba, 2004) A prática simulada que pode ocorrer no espaço escolar, oferece um ensino assente nas práticas exploratórias com a aplicação dos saberes teóricos e com a maior aproximação

possível às situações reais do trabalho, favorecendo a contextualização das aprendizagens. (Cabrito, 1994) A simulação torna possível o treino de novos procedimentos num manequim – simulador de doente – que discrimina os diversos sinais vitais num computador consoante os estímulos a que está a ser sujeito. (Gaba, 2004) Apesar das simulações de situações reais estreitarem a relação entre estes dois campos do saber, por muito que se simule um contexto real, um órgão de um boneco nunca é um órgão humano (Tavares, 2006), porém os resultados têm sido significativos na melhoria contínua em algumas dimensões da segurança do doente, p.ex. liderança e trabalho em equipa. (Strouse, 2010) Os alunos na área da saúde, como futuros prestadores e líderes nos cuidados de saúde, devem preparar-se para exercer as suas profissões de forma segura, utilizando as mais recentes evoluções tecnológicas e novos conhecimentos. (Gomes, 1993)

O conhecimento que a escola transmite aos alunos depende da formação dos professores e da sua capacidade de análise, e aplicação das suas experiências passadas. Partindo do pressuposto que as instituições não aprendem por si, é a relação que se estabelece entre os professores e meio exterior que promove a inovação e o desenvolvimento organizacional da escola. (Barroso, 1997) O estabelecimento de ensino constitui uma organização social complexa no quadro do qual os professores tomam decisões que torna a formação dos alunos, indissociável da formação dos professores. Apesar dos saberes profissionais dos professores serem desenvolvidos em lugares exteriores à escola, estes são aplicados em contexto escolar, onde os alunos surgem como intervenientes na ação de aprendizagem dos próprios e dos professores. (Canário, 1994)

Os alunos das instituições de ensino precisam de condições no desenrolar do seu papel dentro da escola. As ações que ocorrem no meio escolar determinam os comportamentos dos alunos, pelo que o condicionamento que pode ser desenvolvido por parte da escola para orientar os princípios dos alunos, passa pelo compromisso contínuo de ajuda e apoio aos alunos, e pela valorização das suas necessidades. Estes processos permitem aos alunos a focalização no seu papel na escola, abstraindo-os dos atos paralelos que dispersam a sua capacidade de apreender. (Bolívar, 1997) A promoção de estilos de vida saudáveis de modo a proporcionar uma experiência controlada sem acidentes e com minimização de *stress* para os grupos, possibilita a construção de um ambiente saudável com equilíbrio mental, onde o diálogo entre os membros é enfatizado para evitar eventuais intrigas e choques. (Gairín; Castro, 2011)

O momento de passagem para a vida profissional ativa é um momento chave na vida dos alunos, onde a imagem que os alunos têm da profissão quando finalizam o curso e a imagem da profissão quando exercem, se confrontam. (Tavares, 2006) Nesta ocasião de escolha de ocupação, as configurações identitárias já construídas são confrontadas com a análise individual da imagem que o recém-formado tem de si, das suas capacidades e dos seus desejos. (Alves, 1996)

2. A educação na Segurança do Doente

As instituições de ensino de medicina, enfermagem, e outras áreas da saúde, devem implementar nos seus planos de estudo os princípios da segurança do doente. (Sammer *et al.*, 2010) A evolução deste processo possibilita uma melhoria na formação, pelo que alunos serão mais conscientes de suas próprias limitações: que errar é humano; promovendo assim um nível de estado de vigília mais apurado perante erros, que pode ser usado para melhorar os sistemas de trabalho e a prática dos profissionais que aí trabalham. (Milligan, 2007) A teorização sobre a educação na segurança do doente em instituições de ensino superior na saúde tem sido atrasada pela dificuldade de implementação do tema no currículo escolar. (WHO, 2011)

A educação e o exercício da prática clínica são elementos preponderantes para a segurança do doente. Apesar da maior sensibilização dos profissionais para o tema, pode-se argumentar que os currículos de formação dos profissionais de saúde deveriam ter inseridas unidades curriculares que estreitassem a perceção da ação terapêutica de quem age perante o doente. (Milligan, 2007)

A maioria dos alunos da área de saúde têm grandes aspirações quando entram nas suas áreas laborais de interesse, mas a realidade dos sistemas de saúde às vezes não corresponde às expectativas. No entanto o equilíbrio emocional e estabilização entre os conhecimentos aprendidos e a prática profissional devem garantir a crença na mudança que eles podem representar nas suas próprias vidas, nas dos doentes e no sistema que integram. (Gomes, 1993)

Os estudantes da área de prestação de cuidados de saúde, como futuros profissionais e eventuais líderes de organizações de saúde devem preparar-se para praticar atos seguros, através de técnicas que permitam envolver os doentes e as suas famílias no processo terapêutico. (WHO, 2011) A segurança do doente deve começar desde que um aluno entra num serviço do hospital, clínica ou centro de saúde, pondo os alunos a concentrarem-se em cada doente e tratando-o como um ser

humano único com as suas competências, sendo que eles próprios podem ser modelos para os outros profissionais já integrados no sistema de saúde. (Gomes, 1993) A comunicação durante o exercício profissional perante o doente, tem sido um processo constantemente utilizado com falhas por parte dos profissionais de saúde. A melhoria da qualidade de comunicação e responsabilidade do profissional de saúde deve ocorrer durante a sua formação na instituição de ensino, podendo ser abordada num espectro de abertura mais abrangente. (Lage, 2010)

Lições desenvolvidas em outras áreas de conhecimento podem ser usadas para melhorar os cuidados de saúde, e para demonstrar aos alunos a importância da abordagem sistemática aos serviços de saúde. (WHO, 2011) Os professores como principais elementos na aprendizagem dos alunos devem participar na criação de uma cultura de segurança do doente, expandindo os horizontes dos seus alunos com as ideias utilizadas em outras áreas e a possibilidade de implementação das mesmas nos serviços de saúde. (Milligan, 2007)

PARTE II. METODOLOGIA

CAPÍTULO 4 – Descrição dos métodos de investigação

1. Objetivos do Estudo: Problemática

1.1. Objetivo Geral

Analisar em que medida os alunos das tecnologias da saúde têm uma cultura de segurança do doente.

1.2. Objetivos Específicos

Analisar a cultura de segurança na formação dos alunos;
Identificar que dimensões da cultura de segurança do doente são as mais privilegiadas entre os alunos dos cursos das tecnologias da saúde;
Identificar as dimensões que os alunos associam à segurança do doente.

2. Breve caracterização da ESTeSL

A ESTeSL localiza-se em Lisboa, no Parque das Nações.

Na ESTeSL são ministrados os cursos do 1º Ciclo de Análises Clínicas e Saúde Pública (ACSP), Anatomia Patológica Citológica Tanatológica (APCT), Cardiopneumologia (CPL), Dietética e Nutrição (DTN), Farmácia (FM), Fisioterapia (FT), Medicina Nuclear (MN), Ortoprotesia (OPR), Ortopia (ORT), Radiologia (RD), Radioterapia (RT) e Saúde ambiental (SA).

Na ESTeSL no ano letivo de 2011/ 2012 encontravam-se inscritos nos cursos de licenciatura 1.754 alunos, 383 dos quais matriculados no 4º ano. Destes alunos cerca de 62 alunos eram repetentes. (ESTeSL, 2012)

Os alunos que finalizam os seus cursos podem exercer as suas funções como TDT, atuando em conformidade com indicações clínicas, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção. (Decreto-Lei Nº. 564/99)

Passo a caracterizar os principais conteúdos funcionais das profissões. O curso de análises clínicas e saúde pública forma técnicos de análises clínicas e saúde pública que se inserem em equipas multidisciplinares onde efetuam determinações analíticas e aplicam as técnicas e métodos que lhes permitem avaliar e registar os resultados das análises em função do diagnóstico, tratamento ou rastreio a que se destinam. O técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica realiza diagnósticos por observação macroscópica e microscópica, em função de uma avaliação e processamento de amostras de tecido vivo ou morto, colhidas no organismo. O técnico de cardiopneumologia integra-se em equipas multidisciplinares com competências autónomas, atuando principalmente na realização de exames de diagnóstico do aparelho cardíaco, respiratório, e vascular, podendo inclusive efetuar exames invasivos para diagnóstico e terapêutica. O Dietista intervém na terapêutica, prevenção e promoção da saúde do doente, participando assim de forma ativa na avaliação nutricional, cálculo, planificação e elaboração de vários regimes alimentares, seja naturais ou artificiais com a finalidade de promover o suporte nutricional e a segurança alimentar. O técnico de farmácia planeia toda a atividade do circuito do medicamento, desde a aquisição, receção, e preparação, até ao armazenamento e distribuição, assegurando a sua qualidade. O Fisioterapeuta atua na recuperação, reeducação, reabilitação e prevenção de incapacidades originadas por disfunções físicas, do foro funcional músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório, e neurológico, baseado em terapêuticas específicas manipulativas escolhidas a partir da análise e avaliação do movimento e da postura. Cabe ao técnico de medicina nuclear planear, preparar, e controlar vários radiofármacos aplicando os métodos e técnicas através de equipamentos especializados e avaliar as imagens recolhidas de acordo com as indicações clínicas. O Ortoprotésico é um profissional de saúde que participa no estudo, construção, adaptação e aplicação de dispositivos biomecânicos a doentes com incapacidades motoras. O Ortoptista identifica, quantifica e qualifica as anomalias da visão e da motilidade ocular, definindo e aplicando programas terapêuticos com vista a reabilitação motora e funcional com base no diagnóstico. O técnico de radiologia realiza, analisa e interpreta exames radiológicos, que permitem que atue ao nível do diagnóstico e terapêutica. O técnico de radioterapia desenvolve atividades terapêuticas com a utilização de radiações ionizantes em doentes oncológicos. A natureza das atividades deste profissional exige a aplicação de normas adequadas de proteção e acompanhamento do doente de modo a garantir o máximo rigor e segurança durante a terapêutica. (Silva, 2007)

3. Seleção e critérios de inclusão dos participantes

A população alvo pretendida para este estudo são os alunos do 4º ano dos cursos lecionados na ESTeSL com a exceção do curso de SA, dado ser o único curso que na sua vertente profissional não tem interação direta com o doente, seja na terapêutica e diagnóstico.

O universo que constitui a população é formado por 348 alunos matriculados no 4º ano curricular do respetivo curso sendo a sua distribuição por curso:

$N_{ACSP} = 36$	$N_{FM} = 25$	$N_{ORPT} = 26$
$N_{APCT} = 33$	$N_{FT} = 25$	$N_{RD} = 33$
$N_{CPL} = 30$	$N_{MN} = 25$	$N_{RT} = 29$
$N_{DTN} = 41$	$N_{OPR} = 31$	$N_{População\ Total} = 348$

Quadro 1. Distribuição da população por curso

3.1. Amostra

“O processo de inferência estatística é válido quando as amostras estudadas são representativas da população teórica em estudo”. (Maroco, 2003) Assim os resultados obtidos no estudo e a respetiva validade dependem da representatividade da amostra utilizada para a recolha de dados. Uma amostra é representativa se os membros que a constituem forem escolhidos por um processo tal que *“todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra”*. (Ghiglione; Matalon, 2001)

Na amostra estratificada, supõe-se que a população pode ser dividida em grupos homogêneos distintos, em função de certas características conhecidas da população. (Maroco, 2003) Este tipo de amostragem permite manter o grau de representatividade da população utilizando amostras mais pequenas divididas em estratos homogêneos. (Fortin; Côté; Françoise, 2009)

A amostragem estratificada é proporcional pelo facto do autor ter constituído os estratos com a percentagem correspondente às características presentes na população-alvo. Neste estudo as variáveis de estratificação são o sexo e curso. A

seleção destas duas variáveis torna os estratos muito semelhantes, permitindo fazer comparações entre os subgrupos. (Fortin; Côté; Françoise, 2009)

Pretendeu-se calcular a dimensão da amostra, para que, a estimativa da proporção de alunos que têm cultura de segurança do doente, com uma confiança de 95%, com um erro de 5%, recorrendo à amostragem estratificada com afetação proporcional. (Elizabeth; Vicente; Ferrão, 2001)

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 \cdot p_i \cdot q_i / \omega_i}{N^2 \cdot \frac{B^2}{Z^2} + \sum_{i=1}^L N_i \cdot p_i \cdot q_i}$$

Figura 4. Fórmula de estratificação da amostra

Legenda:

Z – Quantil da Distância Normal reduzida de probabilidade ($1 - \frac{\alpha}{2} = 1,96$);

B – Erro fixado (previsão da estimativa) = 0,05;

N_i – Número de indivíduos em cada estrato na população;

N_{População Total} – Número total de indivíduos da população;

ω_i – Peso de cada estrato na população ($\omega_i = N_i / N$);

p_i = q_i – Como a variância é desconhecida e não existem estudos anteriores que nos indiquem qualquer valor, maximiza-se a variância considerando $p_i = q_i = 0,5$. (Elizabeth; Vicente; Ferrão, 2001)

3.2. Apresentação da amostra

n_{ACSP; Fem} = 18	n_{DTN; Fem} = 20	n_{MN; Fem} = 10	n_{RD; Fem} = 14
n_{ACSP; Masc} = 2	n_{DTN; Masc} = 2	n_{MN; Masc} = 2	n_{RD; Masc} = 4
n_{APCT; Fem} = 18	n_{FM; Fem} = 10	n_{OPR; Fem} = 16	n_{RT; Fem} = 12
n_{APCT; Masc} = 1	n_{FM; Masc} = 2	n_{OPR; Masc} = 1	n_{RT; Masc} = 2
n_{CPL; Fem} = 12	n_{FT; Fem} = 14	n_{ORPT; Fem} = 10	n_{Amostra Total} = 184
n_{CPL; Masc} = 4	n_{FT; Masc} = 6	n_{ORPT; Masc} = 4	

Quadro 2. Distribuição da amostra por curso e sexo

Para garantir a representatividade dos alunos do 4º ano a frequentarem a ESTeSL nos curso acima descritos, a amostra pretendida foi de 184 alunos.

$n_{ACSP; Fem} = 18$	$n_{DTN; Fem} = 20$	$n_{MN; Fem} = 10$	$n_{RD; Fem} = 14$
$n_{ACSP; Masc} = 2$	$n_{DTN; Masc} = 2$	$n_{MN; Masc} = 2$	$n_{RD; Masc} = 4$
$n_{APCT; Fem} = 14$	$n_{FM; Fem} = 10$	$n_{OPR; Fem} = 16$	$n_{RT; Fem} = 12$
$n_{APCT; Masc} = 1$	$n_{FM; Masc} = 2$	$n_{OPR; Masc} = 1$	$n_{RT; Masc} = 2$
$n_{CPL; Fem} = 12$	$n_{FT; Fem} = 14$	$n_{ORPT; Fem} = 10$	$n_{Amostra Total} = 180$
$n_{CPL; Masc} = 4$	$n_{FT; Masc} = 6$	$n_{ORPT; Masc} = 4$	

Quadro 3. Distribuição dos questionários recebidos

Os questionários entregues e recolhidos representaram cerca de 98%, dado não ter sido possível entregar quatro questionários a alunas do curso de APCT.

3.3. Tipo de Estudo

O método quantitativo caracteriza-se pela recolha de dados observáveis e quantificáveis de forma sistemática (Fortin, 1999), com a utilização de instrumentos de recolha de dados - p.ex. questionário - em amostras, é possível medir hábitos, atitudes, comportamentos para posterior análise estatística. (Terence; Filho, 2006) Se a representatividade for assegurada, existe a possibilidade de generalização dos dados recolhidos para uma população mais ampla. (Günther, 2006) A recolha de dados numa única ocasião aos mesmos indivíduos da amostra possibilita um período de mensuração dos dados relativamente curto. (Oliveira, 2009)

3.4. Período do estudo

O estudo teve a duração de 2 meses.

3.5. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados, análise documental e bibliográfica são usadas com grande frequência de modo a aprofundar a informação relativa ao quadro teórico e ao próprio objeto empírico. (Tavares, 2007) A pesquisa prévia do contexto teórico existente poderá servir de bom início, pelo que a leitura de bibliografia pode suscitar questões

pertinentes na abordagem aos alunos, que estarão aptos legalmente e socialmente a agir perante um doente. (Pole; Lampard, 2002)

Numa pesquisa inicial a cultura de segurança é normalmente estudada com a utilização do inquérito. Esta “aproximação” pode ser considerada analítica em termos da relação existente entre a segurança e a própria organização. (Guldenmund, 2010) A recolha de dados em alunos de uma escola é mais simples e relativamente mais económica se o método selecionado for o questionário. (Abramson, 1990)

O questionário surge com a intenção de conferir maior consistência à informação recolhida anteriormente (Tavares, 2007), permitindo recolher um conjunto de elementos e informações que são comparáveis entre os mesmos. (Boudon, 1990) Como um instrumento de observação não participante baseado numa sequência de questões escritas, dirigidas a um conjunto de indivíduos, o questionário permite uma inferência estatística através da qual se verificam as hipóteses elaboradas. (Ghiglione; Matalon, 2001) É um elemento muito importante na pesquisa social contemporânea, dado que o questionário que tem sido entregue por académicos, tem gerado contributos de grande relevância para o conhecimento e compreensão dos fenómenos sociais, em áreas como o trabalho, educação e saúde. (Pole; Lampard, 2002)

“Se quando começado do nada, um questionário pode resultar numa roda quadrada, começar de algo já existente poderá resultar numa roda que não encaixa no eixo direcional da pesquisa.” (Pole; Lampard, 2002:75), pelo que não existindo nenhum questionário adequado à pesquisa pretendida, o questionário utilizado na amostra foi construído pelo autor da dissertação, e os tópicos de pesquisa do questionário foram pensados como um conjunto, para determinar os pontos de interesse de recolha de dados. (Pole; Lampard, 2002)

O questionário apresentado é de autopreenchimento, com um conjunto de afirmações, e com uma escala de respostas dicotómica escolhida de modo a diminuir a variabilidade de respostas e conferir objetividade nas observações. A ausência de uma opção neutra, p. ex. “Não se aplica” foi deliberada, na medida em que é benéfico para evitar temas incómodos (Pole; Lampard, 2002), tendo-se optado pela possibilidade dos inquiridos deixarem em branco. Este facto prende-se pela facilidade com que os inquiridos assinalam a resposta intermédia apesar de poderem decidir efetivamente se “Sim” ou “Não” na maioria das situações. (Ghiglione; Matalon, 2001)

Para garantir com exatidão que se obtiveram os resultados esperados, foi necessário realizar versões iniciais do inquérito. O pré-teste do questionário realizado

numa amostra pequena com as características idênticas à população alvo, ajudou a verificar uma série de premissas, tais como se os conceitos e frases utilizadas são consistentes para o pretendido - p. ex. clarificar e evitar palavras ambíguas -. (Pole; Lampard, 2002) Este processo tem um cariz qualitativo pelo que tenta aperfeiçoar o instrumento de recolha de dados. (Abramson, 1990)

Durante os pré-testes escritos teve-se em consideração os aspetos comportamentais, tais como a hesitação na leitura das respostas, a releitura das mesmas, as pausas prolongadas entre outras, tendo-se anotado em que questões o inquirido exibiu tais comportamentos. Nesta fase, após a finalização do preenchimento escrito dos questionários por parte dos inquiridos, reviram-se as questões, tendo-se revisto principalmente as questões em que comportamentos de hesitação e releitura foram anotados pelo autor. Durante esta fase todos os dados da conversa foram registados, inclusive as opiniões por parte dos inquiridos para um melhoramento da interpretação/ leitura dos questionários para a população alvo. Um dos pré-testes foi realizado oralmente de modo a que o autor pode-se concluir se a sintaxe tinha fluidez e clareza. (Pole; Lampard, 2002)

Deve-se entender que a entrega dos questionários é um processo social, com interação entre o investigador e o inquirido. A entrega pessoal e receção dos próprios questionários, tem a vantagem de minimizar em grande escala a taxa de não-respostas e de criar empatia entre o inquirido e o investigador, p. ex. agradecimento pela participação no estudo, porque mais tarde poderá ser necessário solicitar a colaboração do inquirido novamente. (Pole; Lampard, 2002)

A implementação do processo foi complicada dado os alunos do 4º ano estarem na fase de entrega no Estágio de Aprendizagem III. A interação com os alunos foi mediada por vários docentes da ESTeSL dentro de cada curso. Foram aproveitadas as reuniões esporádicas dos alunos com os docentes da unidade curricular de Investigação e outros eventos na ESTeSL para a entrega e resposta dos questionários.

3.6. Dimensões da segurança do doente no questionário

O questionário inclui 31 itens que abordam 7 dimensões identificadas na cultura de segurança do doente:

- 1) Liderança (5 itens);
- 2) Trabalho em equipa (9 itens);

- 3) Prática baseada na evidência científica (4 itens);
- 4) Comunicação (4 itens);
- 5) Aprendizagem (2 itens);
- 6) Ambiente justo (4 itens);
- 7) Prática clínica centrada no doente (3 itens).

3.7. Processamento dos dados

Para o processamento e análise dos dados pretende-se utilizar o programa SPSS versão 17.0, para o sistema operativo Windows 7.

A elaboração da análise estatística dos dados será realizada da seguinte forma:

- Definição e transformação das variáveis em estudo;
- Criação de uma base de dados;
- Introdução dos dados recolhidos no SPSS;
- Verificação da validade dos dados recolhidos;
 - Identificação de erros na transformação dos dados;
 - Análise das variáveis;
 - Cruzamento dos variáveis;
- Análise estatística dos dados inseridos na base de dados;

4. Avaliação estatística do questionário utilizado

4.1. Consistência interna

Os utilizadores deste método têm-no sugerido como conservador, especialmente para os casos em que os itens da escala são heterogéneos e dicotómicos, ou que definem estruturas multifatoriais: o Alfa de Cronbach fornece uma subestimativa da verdadeira fiabilidade da medida. (Maroco; Marques, 2006)

Alfa de Cronbach (α)	
Fiabilidade Elevada	> 0,9
Fiabilidade moderada a elevada	0,8 - 0,9
Fiabilidade baixa	0,7
Fiabilidade inaceitável	< 0,6

Quadro 4. Intervalo de valores do Alfa de Cronbach

Adaptada de *Peterson, 1994* - em Maroco; Marques, 2006.

Para a comparação de grupos num estudo fora do contexto clínico, um valor de α situado no intervalo de $[0,7; 0,8]$ é tido como satisfatório. (Bland; Altman, 1997)

A consistência interna do questionário foi realizada com a utilização do Alfa de Cronbach. Esta medida de fiabilidade é estável dado não estar sujeita à variabilidade resultante da forma como o instrumento ou teste é dividido para calcular a fiabilidade *split-half* de Pearson. (Maroco; Marques, 2006)

Dimensões em estudo	Alfa de Cronbach	Nº. de questões
Liderança	0,148	5
Trabalho de equipa	0,367	9
Prática Baseada na evidência científica	0,066	4
Comunicação	0,162	4
Aprendizagem	0,134	2
Ambiente justo	0,426	4
Prática centrada no doente	0,146	3
Alfa de Cronbach Total	0,714	31

Quadro 5. Alfa de Cronbach dos itens de cada dimensão

Os valores observados de cada dimensão são baixos, contudo a avaliação do Alfa de Cronbach total é de valor razoável (0,714). Isto indica que apesar das dimensões, quando observadas individualmente não traduzirem resultados fiáveis, o questionário quando aplicado como um todo é fiável.

4.2. Validade discriminante

A validade discriminante de um item evidencia-se pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence, por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence. (Ribeiro, 1999: 553) O coeficiente de correlação R de Pearson mede a intensidade de associação entre variáveis quantitativas. (Pestana; Gageiro, 2008)

$$|R| \begin{cases} < 0,1 - \text{Não há correlação} \\ 0,1 - 0,5 - \text{Correlação fraca} \\ 0,5 - 0,7 - \text{Correlação moderada} \\ 0,7 - 0,9 - \text{Correlação forte} \\ 0,9 - 1 - \text{Correlação muito forte} \end{cases}$$

Figura 5. Intervalo de valores R de Pearson

4.2.1. Análise da correlação dos itens

Análise Convergente Discriminante							
Itens do Questionário	Liderança	Trabalho de equipa	Prática baseada na evidência científica	Comunicação	Aprendizagem	Ambiente justo	Prática centrada no doente
N.º 1	-0,060	-0,077	0,105	-0,056	0,615**	0,004	-0,007
N.º 2	0,243**	0,472**	-0,005	0,078	-0,038	0,034	-0,007
N.º 3	0,552**	0,263**	0,247**	0,011	0,043	0,232**	0,022
N.º 4	0,117	0,416**	0,232**	-0,007	-0,097	0,189*	0,106
N.º 5	-0,013	0,051	0,151*	0,135	0,869**	-0,041	0,167*
N.º 6	0,097	0,199**	0,138	0,662**	0,128	0,073	0,084
N.º 7	0,019	0,188**	0,073	0,088	0,035	0,008	0,431**
N.º 8	0,205**	0,024	0,169*	0,061	0,047	0,609**	0,046
N.º 9	0,019	0,070	0,080	0,313**	0,031	0,182*	0,242**
N.º 10	0,409**	0,084	0,137	0,038	-0,033	0,099	0,006
N.º 11	-0,019	0,169*	-0,118	-0,107	0,107	0,082	-0,141
N.º 12	0,22**	0,491**	0,092	0,118	0,081	0,186*	0,214**
N.º 13	0,042	0,058	0,416**	-0,050	0,049	0,079	-0,002
N.º 14	0,054	0,211**	0,523**	0,008	0,105	0,081	0,244**
N.º 15	0,544**	0,075	0,101	0,235**	0,028	0,084	0,034
N.º 16	0,047	0,123	0,075	0,039	-0,038	0,474**	0,021
N.º 17	0,229**	0,152*	0,120	0,110	0,028	0,544**	-0,040
N.º 18	0,216**	0,003	0,375**	0,336**	0,142	0,120	0,085
N.º 19	-0,028	0,066	0,021	-0,087	-0,008	-0,144	0,034
N.º 20	0,191*	0,127	0,119	0,128	-0,027	0,054	0,105
N.º 21	0,090	0,151	0,087	0,319**	0,047	0,008	0,183*
N.º 22	0,132	0,432**	0,166*	0,033	-0,048	0,048	0,080
N.º 23	0,586**	0,178*	0,201**	0,124	0,004	0,187**	-0,049
N.º 24	0,020	0,285**	0,030	0,155*	-0,002	0,097	0,042
N.º 25	0,202**	0,033	0,085	0,642**	0,021	0,126	0,119
N.º 26	0,319**	0,16**	0,574**	0,046	0,052	0,225**	0,165*
N.º 27	0,192*	0,549**	0,151	0,213**	0,081	0,19*	0,111
N.º 28	0,049	0,384**	0,165*	0,141	-0,007	0,022	0,238**
N.º 29	-0,045	0,004	0,193*	0,227**	-0,053	-0,093	0,586**
N.º 30	-0,052	0,141	0,141	0,007	0,206**	0,084	0,765**
N.º 31	0,175*	0,254**	0,149	0,17*	-0,074	0,63**	0,123

*.Correlação é significativa para um valor de $p = 0.05$ (2-tailed)
 **.Correlação é significativa para um valor de $p = 0.01$ (2-tailed)

Quadro 6. Validade discriminante dos itens do questionário

Segundo o Quadro 6 existem correlações positivas entre as questões e as dimensões que constituem o questionário. Este quadro mostra também que o índice de discriminação itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence (a negrito) e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala.

4.2.2. Análise da correlação das dimensões

Matriz das correlações R de Pearson	
Liderança	0,610**
Trabalho de equipa	0,660**
Prática baseada na evidência científica	0,627**
Comunicação	0,501**
Aprendizagem	0,242**
Ambiente justo	0,570**
Prática centrada no doente	0,385**
**.Correlação é significativa para um valor de $p = 0.01$ (2-tailed).	

Quadro 7. Correlação entre as dimensões e o total

Este quadro apresenta a correlação entre a escala total e as dimensões que compõem o questionário. Verifica-se que as dimensões que melhor explicam a segurança do doente são o Trabalho em equipa (0,660); Liderança (0,610); Prática baseada na evidência científica (0,627); Ambiente justo (0,570); Comunicação (0,501). Estes valores permitem-nos identificar que estas dimensões são aquelas que os alunos inquiridos identificam mais relacionadas com a segurança do doente. Estas variáveis são positivamente correlacionadas pelo que indicam que existe uma correlação moderada entre as dimensões e a escala total.

PARTE III. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

CAPITULO 5 – Análise e discussão dos resultados

1. Liderança

Na ótica dos alunos o líder tem um papel importante na gestão do ambiente na organização de trabalho. Pode gerir a integração de normas internamente, motivar e repreender os profissionais no desenrolar da vida profissional contudo, a sua nomeação não deve partir da administração da organização. Reconhecendo o lugar do líder no seio das equipas de trabalho, o próprio não se deve abster de ouvir as opiniões dos restantes membros da equipa na procura de soluções para os diversos casos. Os alunos como futuros profissionais com saberes científicos e uma formação superior, sentem que o seu conhecimento pode de alguma maneira contribuir para a escolha da metodologia mais adequada no tratamento dos doentes, identificando inclusive que em ambiente profissional deve haver uma orientação explícita e *feed-back* sistemático do seu desempenho de modo a poderem melhorar ou ajustar as suas prestações consoante as metas das suas instituições.

O líder deve motivar constantemente os profissionais quando o desempenho é positivo e repreender quando o desempenho é negativo.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	18	90%	2	10%	0	-
APCT	7	46,7%	8	53,3%	0	-
CPL	13	81,3%	3	18,8%	0	-
DTN	13	59,1%	9	40,9%	0	-
FM	6	50%	6	50%	0	-
FT	14	70%	6	30%	0	-
MN	7	58,3%	5	41,7%	0	-
OPR	10	58,8%	6	35,3%	1	5,9%
ORT	10	71,4%	4	28,6%	0	-
RD	15	83,3%	3	16,7%	0	-
RT	11	78,6%	3	21,4%	0	-
Total	124	68,9%	55	30,6%	1	0,6%

Quadro 8. Motivação e repreensão dos profissionais

De uma forma geral os alunos pensam que os chefes de equipa devem agir mediante o trabalho desenvolvido pela equipa, dado elucidado pelo valor total da concordância de 68,9%. Alguns autores defendem que o líder deve comunicar com os elementos da sua equipa de trabalho, de modo a manter a equipa unida. Como consequência dessa dinâmica, o resultado do desempenho da equipa pode ser positivo. (Vincent; Taylor-Adams; Stanhope, 1998) Esse *feedback* sistemático garante que todos os membros da equipa trabalham para o mesmo propósito. (Daim *et al.*, 2012)

Os alunos de ACSP (90%), RD (83,3%) e CPL (81,3%) denotam um principal enfase nesta relação concordando na sua grande maioria. A discordância dos alunos de APCT (53,3%) e a divisão das respostas pelos alunos do curso de DTN poderá estar relacionado com a utilização do termo de repreensão como ação punitiva por uma conduta inadequada em oposição a um “reparo” e consequente correção por parte do líder.

Ficaria desmotivado se, apesar do seu bom desempenho, o seu chefe não lhe referisse.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	14	70%	6	30%	0	-
APCT	12	80%	3	20%	0	-
CPL	11	68,8%	4	25%	1	6,3%
DTN	19	86,4%	3	13,6%	0	-
FM	8	66,7%	4	33,3%	0	-
FT	12	60%	8	40%	0	-
MN	6	50%	6	50%	0	-
OPR	16	94,1%	1	5,9%	0	-
ORT	12	85,7%	2	14,3%	0	-
RD	11	61,1%	7	38,9%	0	-
RT	9	64,3%	3	21,4%	2	14,3%
Total	130	72,2%	47	26,1%	3	1,7%

Quadro 9. Desmotivação face ao fato do chefe não referir o seu desempenho

Os alunos inquiridos concordam (72,2%) com o fato de se sentirem desmotivados quando o seu desempenho é bom, mas não são referenciados por isso.

Segundo Milligan (2007), a motivação dos elementos da equipa de trabalho é fundamental para o correto funcionamento da equipa na resolução dos diversos

problemas com que os profissionais de saúde se deparam. Os alunos que mais pensam deste modo são os de DTN (86,4%), OPR (94,1%) e ORT (85,7%).

O líder deve punir desvios do protocolo, mesmo quando os doentes são beneficiados por esses desvios.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	5	25%	15	75%	0	-
APCT	3	20%	12	80%	0	-
CPL	6	37,5%	10	62,5%	0	-
DTN	4	18,2%	18	81,8%	0	-
FM	7	58,3%	5	41,7%	0	-
FT	6	30%	14	70%	0	-
MN	3	25%	9	75%	0	-
OPR	4	23,5%	13	76,5%	0	-
ORT	3	21,4%	11	78,6%	0	-
RD	2	11,1%	16	88,9%	0	-
RT	3	21,4%	7	50%	4	28,6%
Total	46	25,6%	130	72,2%	4	2,2%

Quadro 10. Punição nos desvios de protocolo

O total de 72,2% indica que os alunos de forma geral discordam com tais atos punitivos. As normas existem de modo a diminuir a variabilidade dos resultados expectáveis dos tratamentos. Apesar dessas orientações processuais indicarem um trajeto a seguir, - consoante um determinado número e tipo de variáveis - se um membro da equipa não segue essas orientações porque entende que poderia ser desnecessário ou mesmo inadequado, e segue um processo diferente do normalizado, pode pôr em causa a integridade do doente (Kerridge; Lowe; Henry, 1998), pelo que o líder deve gerir a implementação das normas com os elementos da sua organização de modo a garantir o seu seguimento. (Vincent; Taylor-Adams; Stanhope, 1998)

Como se trata de uma temática de alguma sensibilidade, dado que apesar de se beneficiar o doente, ocorre de fato uma “anormalidade” processual, os alunos do curso de FM destacam-se numa divisão interna de respostas, onde 58,3% concordam e 41,7% discordam. Poderá este resultado ocorrer pelo fato da manipulação de medicamentos seguir normas e procedimentos implementados de modo a reduzir a probabilidade dos erros, pelo que o desvio dessas etapas não é bem vista pelos

alunos. Os alunos de ACSP (75%), APCT (80%), DTN (81,8%) e RD (88,9%) discordam claramente com a punição pelos desvios de protocolo quando o doente sai beneficiado.

Uma boa liderança permite discussão sobre tratamentos.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	19	95%	1	5%	0	-
APCT	14	93,3%	1	6,7%	0	-
CPL	16	100%	0	-	0	-
DTN	22	100%	0	-	0	-
FM	12	100%	0	-	0	-
FT	20	100%	0	-	0	-
MN	12	100%	0	-	0	-
OPR	17	100%	0	-	0	-
ORT	14	100%	0	-	0	-
RD	16	88,9%	2	11,1%	0	-
RT	12	85,7%	0	-	2	14,3%
Total	174	96,7%	4	2,2%	2	1,1%

Quadro 11. Abertura na discussão dos tratamentos

Os alunos inquiridos apresentam uma elevada concordância com a afirmação, sublinhando-se o total de 96,7%. Isto poderá ocorrer devido à formação superior dos alunos, pelo que os seus conhecimentos são valorizados e devem ser tidos em consideração durante o exercício profissional, independentemente do cargo institucional ocupado.

Os autores Kerridge, Lowe e Henry (1998) afirmam que a opinião dos elementos de equipa deve ser tida em consideração na escolha dos tratamentos dos doentes, apesar de hierarquicamente o líder ser o responsável pela gestão interna do grupo. Isto sublinha os resultados obtidos.

O líder deve ser sempre definido pela estrutura institucional.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	10	50%	10	50%	0	-
APCT	1	6,7%	14	93,3%	0	-
CPL	5	31,3%	11	68,8%	0	-
DTN	8	36,4%	14	63,6%	0	-
FM	6	50%	6	50 %	0	-
FT	5	25%	15	75%	0	-
MN	7	58,3%	5	41,7%	0	-
OPR	12	70,6%	5	29,4%	0	-
ORT	7	50%	7	50%	0	-
RD	7	38,9%	10	55,6%	1	5,6%
RT	4	28,6%	5	35,7%	5	35,7%
Total	72	40%	102	56,7%	6	3,3%

Quadro 12. Processo de escolha do líder da equipa de trabalho

O total (40% concordância; 56,7% discordância) revela a divisão de opiniões entre os alunos dos cursos estudados. Pelo fato dos alunos não se encontrarem integrados em instituições de trabalho, exercendo a sua atividade profissional, podem ter uma ideia de liderança participada, tendo em conta a opinião dos diversos elementos da equipa na decisão do elemento que se destacaria melhor para desempenhar o papel de líder. Apesar de, na grande maioria das instituições os líderes serem designados pelos órgãos administrativos, existem personalidades no seio dos grupos de trabalho que se destacam pela sua forma “natural” de assumir a gestão do grupo, contudo apenas um elemento pode ter a responsabilidade de transmitir as ordens a seguir. Este fato pode ser muitas vezes um tema de discussão e instabilidade entre os membros da organização. O tempo de atividade nas organizações e o respeito tido pelos elementos das equipas, apesar de socialmente aceite, quando as administrações tomam algumas decisões utilizam parâmetros que nem sempre são compreendidos pelos restantes membros da organização.

Neste ponto apenas os alunos dos cursos de APCT (93,3%) e FT (75%) se destacam na oposição a estas nomeações internas.

2. Trabalho de equipa

Os alunos têm o trabalho em equipa como uma importante dimensão na segurança do doente, incluindo no mesmo grupo os profissionais que não têm um curso superior, mas que de algum modo contribuem para a melhoria da eficiência do seu trabalho. Contudo, os seus objetivos pessoais devem ser tidos sempre em consideração na relação equipa-indivíduo, mesmo que o rendimento da própria equipa seja o ideal. Caso isso não ocorra, e se a relação entre os membros da equipa não for boa, os resultados podem piorar circunstancialmente.

Quando deparados com excesso de trabalho, os alunos assinalam que se deve solicitar o auxílio dos colegas, em oposição ao aceleração dos processos do trabalho, que poderia aumentar a probabilidade de erro. Porém as tarefas devem estar bem delimitadas de modo a que exista a menor sobreposição possível de funções.

A especialização em áreas específicas é um tema que ainda divide os alunos que têm no ensino superior uma generalização dos diversos métodos.

Devem ser considerados membros de equipa aqueles que tenham formação superior.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	6	30%	14	70%	0	-
APCT	2	13,3%	13	86,7%	0	-
CPL	5	31,3%	11	68,8%	0	-
DTN	8	36,4%	14	63,6%	0	-
FM	7	58,3%	5	41,7%	0	-
FT	10	50%	10	50%	0	-
MN	6	50%	6	50%	0	-
OPR	13	76,5%	4	23,5%	0	-
ORT	6	42,9%	8	57,1%	0	-
RD	6	33,3%	12	66,7%	0	-
RT	6	42,9%	7	50%	1	7,1%
Total	75	41,7%	104	57,8%	1	0,6%

Quadro 13. Composição da equipa de trabalho

A discordância total de 57,8% revela uma tendência dos alunos em considerarem como membros da equipa de trabalho os membros que trabalham nas suas organizações, com e sem formação superior.

Numa instituição hospitalar existem diversos profissionais com atividades distintas, contudo todas as atividades que se desenvolvem com o intuito de oferecer as condições ideais de tratamento aos doentes, devem ser parte integrante das equipas de trabalho. (Kerridge; Lowe; Henry, 1998) O papel desempenhado por todos os membros de uma instituição de saúde tem a sua importância na visualização da instituição como a soma das diversas partes, onde uma tarefa de menor relevância, quando mal desempenhada pode provocar danos no doente. (WHO, 2011) Em consonância com estes dados, os alunos do curso de ACSP (70%) e APCT (86,7%); discordam com a afirmação do Quadro 13, considerando que membros sem formação superior, como p. ex. as equipas de limpeza, que podem desempenhar um papel muito importante na esterilização dos seus locais de trabalho, tarefa que mal executada poderia por em causa os resultados das análises e diagnóstico. No oposto encontra-se o curso de OPR (76,5%) e FM (58,3%). A atividade profissional destas duas áreas tem sido praticada nos últimos anos por trabalhadores sem formação superior, pelo que as respostas dos alunos destes dois cursos podem prender-se com as ideologias profissionais existentes devido à concorrência que encontram no exercício das suas funções.

Os objetivos da equipa devem ser concordantes com os objetivos individuais dos membros que a constituem.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	16	80%	4	20%	0	-
APCT	8	53,3%	6	40%	1	6,7%
CPL	12	75%	4	25%	0	-
DTN	16	72,7%	6	27,3%	0	-
FM	7	58,3%	5	41,7%	0	-
FT	18	90%	2	10%	0	-
MN	10	83,3%	1	8,3%	1	8,3%
OPR	14	82,4%	2	11,8%	1	5,9%
ORT	14	100%	0	-	0	-
RD	16	88,9%	2	11,1%	0	-
RT	10	71,4%	3	21,4%	1	7,1%
Total	141	78,3%	35	19,4%	4	2,2%

Quadro 14. A consonância entre os objetivos da equipa e os individuais

Relativamente a esta afirmação, os alunos concordam na sua maioria, tal se pode comprovar com o total de 78,3%. Segundo Daim *et al.* (2012), quando os objetivos individuais divergem dos objetivos da equipa de trabalho, o rendimento da equipa é penalizado e pode não atingir o resultado expectável. Os membros das equipas de trabalho não têm necessariamente de partilhar as mesmas ambições pessoais e profissionais, contudo, como parte integrante de uma organização, estes devem partilhar as ideias organizacionais de modo a poderem alcançar os resultados.

Os alunos do curso de ORT concordam totalmente com a afirmação (100%). Já os alunos de FM e APCT encontram-se mais divididos.

O rendimento de uma equipa depende da ideia de que juntos os seus membros podem obter bons resultados.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	20	100%	0	-	0	-
APCT	14	93,3%	1	6,7%	0	-
CPL	16	100%	0	-	0	-
DTN	22	100%	0	-	0	-
FM	11	91,7%	1	8,3%	0	-
FT	20	100%	0	-	0	-
MN	12	100%	0	-	0	-
OPR	17	100%	0	-	0	-
ORT	12	85,7%	2	14,3%	0	-
RD	16	88,9%	2	11,1%	0	-
RT	13	92,9%	0	-	1	7,1%
Total	173	96,1%	6	3,3%	1	0,6%

Quadro 15. Rendimento da equipa de trabalho

Os alunos concordam na sua grande maioria com esta afirmação, pelo que o valor total de 96,1% é bastante elucidativo do mesmo.

Se um profissional desempenha uma função, com a crença de que a equipa não atingirá os objetivos propostos é um ponto de partida para o insucesso. (Daim *et al.*, 2012)

Quando há excesso de trabalho, os processos devem ser acelerados de modo a diminuir os tempos de espera.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	8	40%	12	60%	0	-
APCT	4	26,7%	11	73,3%	0	-
CPL	8	50%	8	50%	0	-
DTN	8	36,4%	14	63,6%	0	-
FM	2	16,7%	10	83,3%	0	-
FT	3	15%	17	85%	0	-
MN	5	41,7%	7	58,3%	0	-
OPR	9	52,9%	8	47,1%	0	-
ORT	4	28,6%	10	71,4%	0	-
RD	10	55,6%	8	44,4%	0	-
RT	3	21,4%	8	57,1%	3	21,4%
Total	64	35,6%	113	62,8%	3	1,7%

Quadro 16. Tempo de execução nos processos de trabalho

De forma geral os alunos discordam com a aceleração dos processos de trabalhos para diminuir os tempos de espera, pelo que o total de 62,8% evidencia esse fato. Para Teng *et al.* (2010), o apressar de processos de saúde põe em causa a segurança do doente, aumentando a probabilidade de ocorrência de um evento adverso. Os procedimentos que são desempenhados nas instituições de saúde podem ser complexos e morosos, contudo a qualidade dos serviços prestados depende da tranquilidade e pressão existente. O excesso de trabalho nos serviços de saúde pode por vezes motivar à aceleração dos processos, porém a falta de ritmo ideal para a reflexão nas tarefas pode propiciar eventuais erros.

Os alunos dos cursos que se destacam na oposição a esta afirmação são os de APCT (73,3%), FM (83,3%), FT (85,0%) e ORT (71,4%). As funções profissionais destas áreas implicam a execução de procedimentos minuciosos e muitas vezes são práticas que só se podem realizar uma vez, pelo que o apressar dos processos pode colocar em causa a qualidade dos seus serviços e a própria saúde do doente. Contudo existem alunos de cursos que concordam, é o caso de RD (55,6%) e OPR (52,9%).

Se no primeiro caso a diminuição dos processos de trabalho pode ocorrer pela execução dos exames e posterior análise das imagens obtidas fora do tempo útil, no segundo a diminuição poderá ocorrer principalmente na fase da anamnese e avaliação

do doente, dado que o conjunto de materiais que dispõe não pode ser precipitado sem que se ponha em causa a integridade dos produtos.

O rendimento de uma equipa depende da relação entre os membros.				
	Concordo		Discordo	
Curso	N	%	N	%
ACSP	20	100%	0	-
APCT	15	100%	0	-
CPL	16	100%	0	-
DTN	21	95,5%	1	4,5%
FM	12	100%	0	-
FT	20	100%	0	-
MN	12	100%	0	-
OPR	17	100%	0	-
ORT	14	100%	0	-
RD	16	88,9%	2	11,1%
RT	13	92,9%	1	7,1%
Total	176	97,8%	4	2,2%

Quadro 17. Relação entre o rendimento da equipa e as relações entre os seus membros

A grande maioria dos alunos dos cursos inquiridos concorda com a afirmação do Quadro 17, com um total de 97,8%. Estes dados permitem concluir que os alunos atribuem grande importância à componente relacional entre os membros da mesma equipa.

O desempenho de uma equipa de trabalho depende mais do que do compromisso com as metas organizacionais e de equipa. O ambiente interno na equipa é essencial para o bom funcionamento. (WHO, 2011)

Os objetivos pessoais do profissional não têm importância se o desempenho da equipa for bom.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	1	5%	19	95%	0	-
APCT	0	-	15	100%	0	-
CPL	2	12,5%	14	87,5%	0	-

DTN	2	9,1%	20	90,9%	0	-
FM	1	8,3%	11	91,7%	0	-
FT	6	30%	14	70%	0	-
MN	2	16,7%	10	83,3%	0	-
OPR	4	23,5%	13	76,5%	0	-
ORT	4	28,6%	10	71,4%	0	-
RD	0	-	18	100%	0	-
RT	0	-	13	92,9%	1	7,1%
Total	22	12,2%	157	87,2%	1	0,6%

Quadro 18. Relação entre o desempenho da equipa e os objetivos pessoais

O valor total demonstra que os alunos discordam com a afirmação (87,2%).

Apesar de um bom desempenho, uma equipa de trabalho é constituída por diversos membros diferentes entre si, pelo que a realização pessoal e profissional está relacionada com a satisfação dos profissionais no exercício das suas funções. Porém é certo que o rendimento da equipa poderá ser prejudicado mais tarde ou mais cedo pela insatisfação e consequente diminuição de rendimento dos profissionais ao longo das tarefas que desempenham.

As tarefas individuais devem ser cumpridas sem pedir ajuda aos colegas.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	1	5%	19	95%	0	-
APCT	0	-	15	100%	0	-
CPL	2	12,5%	14	87,5%	0	-
DTN	0	-	22	100%	0	-
FM	2	16,7%	10	83,3%	0	-
FT	1	5%	19	95%	0	-
MN	3	25%	8	66,7%	1	8,3%
OPR	1	5,9%	16	94,1%	0	-
ORT	2	14,3%	12	85,7%	0	-
RD	2	11,1%	16	88,9%	0	-
RT	1	7,1%	12	85,7%	1	7,1%
Total	15	8,3%	163	90,6%	2	1,1%

Quadro 19. Auxílio dos colegas na execução das tarefas

O valor total de discordância dos alunos, de 90,6%, demonstra a importância que os alunos dão ao apoio dado pelos colegas de trabalho durante a sua prática.

Quando os profissionais assumem a realização de tarefas, devem acabá-las tendo como objetivo cumprir as suas obrigações, contudo, e quando não é certo que as possam cumprir, os membros da equipa de trabalho podem ser solidários e apoiar os seus colegas, sem nunca por em causa o cumprimento do seu próprio trabalho. O trabalho em equipa envolve a união dos elementos no tratamento dos doentes. As organizações com normas implementadas asseguram uma uniformização na realização dos procedimentos independentemente de quem as realiza. (WHO, 2011)

Cada membro da equipa deve ser especializado numa função.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	9	45%	11	55%	0	-
APCT	6	40%	9	60%	0	-
CPL	9	56,3%	7	43,8%	0	-
DTN	11	50,0%	11	50%	0	-
FM	2	16,7%	10	83,3%	0	-
FT	14	70%	6	30%	0	-
MN	5	41,7%	6	50%	1	8,3%
OPR	9	52,9%	8	47,1%	0	-
ORT	8	57,1%	6	42,9%	0	-
RD	8	44,4%	10	55,6%	0	-
RT	3	21,4%	9	64,3%	2	14,3%
Total	84	46,7%	93	51,7%	3	1,7%

Quadro 20. Especialização dos membros da equipa

Os alunos encontram-se divididos relativamente à especialização dos profissionais de saúde. A especialização dos profissionais pode permitir que os mesmos obtenham bons resultados em alguns procedimentos específicos, mas quando são colocados fora do seu “habitat” profissional, com um âmbito generalista, a falta de prática em outros processos pode levar a equívocos potencialmente danosos. A crescente especialização dos profissionais de saúde, apesar de aumentar substancialmente o tipo de tratamentos e especificidade dos procedimentos, pode originar possíveis erros quando os mesmos profissionais têm desempenhar tarefas que praticam menos. (WHO, 2011)

Os alunos do curso de FM destacam-se na discordância com a especialização dos profissionais com 83,3%, em oposição aos cursos de FT (70%), CPL (56,3%), OPR (52,9%) e ORT (57,1%) concordam a afirmação. Poderá este fato relacionar-se com os diferentes ramos de especialização que se desenvolveram nestas áreas profissionais ao longo destes anos, existindo menos profissionais “generalistas”.

O papel de cada membro da equipa deve ser o menos regulamentado possível.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	0	-	20	100%	0	-
APCT	0	-	15	100%	0	-
CPL	1	6,3%	15	93,8%	0	-
DTN	1	4,5%	21	95,5%	0	-
FM	0	-	12	100%	0	-
FT	3	15%	17	85%	0	-
MN	2	16,7%	9	75%	1	8,3%
OPR	2	11,8%	14	82,4%	1	5,9%
ORT	2	14,3%	12	85,7%	0	-
RD	1	5,6%	17	94,4%	0	-
RT	1	7,1%	11	78,6%	2	14,3%
Total	13	7,2%	163	90,6%	4	2,2%

Quadro 21. Regulamentação dos membros de equipa

Os resultados indicam que os alunos discordam com a menor regulamentação na atribuição de tarefas entre os profissionais, com o valor total de 90,6%. Estes resultados são consonantes com o proposto pela WHO (2011), segundo a qual a delimitação adequada das tarefas evita possíveis desentendimentos. A possibilidade de se saber que funções se têm que desempenhar, e que tarefas são destinadas aos colegas, diminui as possibilidades de atritos entre colegas e sobreposição de funções.

3. Prática baseada na evidência científica

A aprendizagem tida pelos alunos no ensino superior tem como objetivo formar profissionais de saúde que promovam melhorias na saúde dos doentes. Contudo, a sua própria integridade física não deve ser posta em causa durante os processos de trabalho essenciais para o tratamento dos doentes, pelo que os EPI implementados

pelas instituições são tidos como ferramentas que não devem ser ignoradas. As normas e os regulamentos implementados em instituições de saúde têm por base a evidência científica mais atual, sendo que a experiência profissional poderá surgir como um motivo para “saltar” alguns pontos processuais, apesar de se acreditar que as normas mais rijas diminuem a variabilidade dos resultados de saúde e protegem os doentes dos erros profissionais. Já a avaliação do desempenho das instituições de saúde, deve ter por base a auditoria e consequente medição dos indicadores de saúde implementados.

O excesso de proteção individual dos profissionais é negativo para a segurança do doente.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	2	10%	18	90%	0	-
APCT	1	6,7%	14	93,3%	0	-
CPL	3	18,8%	13	81,3%	0	-
DTN	4	18,2%	18	81,8%	0	-
FM	3	25%	9	75%	0	-
FT	12	60%	8	40%	0	-
MN	2	16,7%	10	83,3%	0	-
OPR	2	11,8%	14	82,4%	1	5,9%
ORT	7	50%	7	50%	0	-
RD	5	27,8%	13	72,2%	0	-
RT	3	21,4%	8	57,1%	3	21,4%
Total	44	24,4%	132	73,3%	4	2,2%

Quadro 22. O efeito dos equipamentos de proteção profissional na segurança do doente

A maioria dos alunos discordam que o excesso de proteção individual seja negativo para a segurança do doente, com um total de 73,3%.

O EPI pode por vezes causar algum desconforto, seja por irritação, calor (Salavessa; Uva, 2007), dificultando o desempenho adequado dos profissionais. Porém, estes equipamentos existem para assegurar que os profissionais de saúde podem realizar o seu trabalho sem por em causa a sua integridade física.

Na sua maioria, apenas o curso de FT (60%) se destaca concordando com a afirmação do Quadro 22. O exercício profissional na fisioterapia depende muito da sensibilidade do tato e da aplicação de forças no doente, pelo que se podemos considerar como EPI mais básico neste âmbito as luvas de latex ou vinil, a utilização

de outro par - como pode sugerir a questão com a palavra *excesso* - pode por em causa o próprio tratamento.

A experiência profissional pode ser utilizada para otimizar o trabalho e evitar etapas nos processos de trabalho.				
	Concordo		Discordo	
Curso	N	%	N	%
ACSP	11	55%	9	45%
APCT	6	40%	9	60%
CPL	8	50%	8	50%
DTN	12	54,5%	10	45,5%
FM	3	25%	9	75%
FT	15	75%	5	25%
MN	6	50%	6	50%
OPR	10	58,8%	7	41,2%
ORT	8	57,1%	6	42,9%
RD	11	61,1%	7	38,9%
RT	6	42,9%	8	57,1%
Total	96	53,3%	84	46,7%

Quadro 23. Relação entre a experiência profissional e a passagem de etapas de trabalho

É notório que os alunos se encontram divididos nesta questão, pelo que no total, 53,3% dos alunos concordam e 46,7% discordam com a afirmação. Estes dados demonstram bem esta divisão de opiniões.

O excesso de confiança e outras atitudes perigosas, como arrogância e impulsividade, vão influenciar a probabilidade de que uma violação será cometida. Podendo tomar uma decisão com a intenção de obter ganhos para a saúde do doente, desvios do protocolo e dos procedimentos de trabalho podem ocorrer, e apesar da confiança na capacidade de resolver as consequências desse ato, os danos para o doente podem ser sempre efetivos. (Milligan, 2007). Em consonância com este fato, os alunos de FM (75%) e APCT (60%) concordam, que apesar da experiência profissional existem passos nos procedimentos que devem ser seguidos, independentemente de se ter conhecimento de todo o processo. Os procedimentos no exercício prático destes cursos, são complexos e qualquer tentativa de obter um resultado sem se percorrer o

“percurso normal” das tarefas pode significar a ocorrência de erros, seja no percurso do medicamento na FM e na preservação e análise de amostras de APCT.

Normas de procedimentos rígidas protegem os doentes de erros profissionais.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	17	85%	3	15%	0	-
APCT	10	66,7%	5	33,3%	0	-
CPL	12	75%	4	25%	0	-
DTN	10	45,5%	12	54,5%	0	-
FM	9	75%	3	25%	0	-
FT	9	45%	11	55%	0	-
MN	11	91,7%	1	8,3%	0	-
OPR	10	58,8%	7	41,2%	0	-
ORT	11	78,6%	3	21,4%	0	-
RD	9	50%	8	44,4%	1	5,6%
RT	6	42,9%	3	21,4%	5	35,7%
Total	114	63,3%	60	33,3%	6	3,3%

Quadro 24. Rigidez das normas de trabalho

O valor total de concordância de 63,3% demonstra que a maioria dos alunos é da opinião, que as normas mais rígidas protegem os doentes de possíveis erros durante o seu exercício profissional. As normas e regulamentos existem com o intuito de diminuir a variabilidade dos resultados de saúde, pelo que quando são seguidos aumentam a probabilidade de sucesso dos tratamentos. (WHO, 2011)

Os alunos de ACSP (85%) e MN (91,7%) concordam na sua quase totalidade com o uso de normas rígidas. As mudanças das normas propiciam a adulteração dos resultados dos diagnósticos aumentando a exposição dos doentes a tratamentos inadequados e consequentemente a eventuais eventos adversos originados dos mesmos. Os alunos de FT (55%) e DTN (54,5%) discordam da afirmação. Estes resultados podem ser explicados pela elevada componente de contacto com os doentes que distingue a prática destes cursos, pelo que por vezes quando os procedimentos inibem a cooperação do doente, estes são contornados em alguns pontos tentando promover a adesão dos doentes.

As instituições de saúde devem ser avaliadas em função dos indicadores de saúde.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	11	55%	9	45%	0	-
APCT	10	66,7%	5	33,3%	0	-
CPL	12	75%	4	25%	0	-
DTN	14	63,6%	8	36,4%	0	-
FM	10	83,3%	2	16,7%	0	-
FT	11	55%	9	45%	0	-
MN	7	58,3%	5	41,7%	0	-
OPR	14	82,4%	3	17,6%	0	-
ORT	11	78,6%	3	21,4%	0	-
RD	10	55,6%	8	44,4%	0	-
RT	9	64,3%	2	14,3%	3	21,4%
Total	119	66,1%	58	32,2%	3	1,7%

Quadro 25. Avaliação das instituições de saúde

Os alunos são da opinião que as instituições de saúde devem ser avaliadas no seu desempenho pelos indicadores de saúde, com o valor total de 66,1%. Segundo Sousa (2006), os indicadores de saúde permitem monitorizar e avaliar a efetividade das intervenções implementadas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, de modo a reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos.

Os cursos de FM (83,3%) e OPR (82,4%) concordam em grande maioria com a afirmação.

4. Comunicação

A comunicação é uma ferramenta ao dispor dos profissionais, que é utilizada para desempenhar os seus papéis profissionais e para que se possam interagir socialmente e criar laços de empatia com o doente. Contudo a capacidade de comunicar com os doentes é tão eficiente quanto melhor for o método linguístico com que se passa a mensagem principal. Assim para os alunos, a adequação da linguagem perante os doentes e família é essencial consoante a capacidade recetiva dos mesmos. Porém, e na visão dos alunos, o profissional deve manter a sua postura e utilizar alguns termos científicos para demonstrar o conhecimento.

Um profissional de saúde deve empregar termos técnicos para demonstrar o domínio do tema.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	11	55%	9	45%	0	-
APCT	12	80%	3	20%	0	-
CPL	12	75%	4	25%	0	-
DTN	9	40,9%	13	59,1%	0	-
FM	5	41,7%	7	58,3%	0	-
FT	12	60%	8	40%	0	-
MN	3	25%	9	75%	0	-
OPR	13	76,5%	3	17,6%	1	5,9%
ORT	11	78,6%	3	21,4%	0	-
RD	7	38,9%	11	61,1%	0	-
RT	10	71,4%	1	7,1%	3	21,4%
Total	105	58,3%	71	39,4%	4	2,2%

Quadro 26. Relação entre o uso de termos técnicos e o domínio do conhecimento

Apesar de alguma divisão nas respostas, o total de 58,3% dos alunos concordam com a utilização dos termos técnicos para demonstrar o conhecimento.

A utilização de uma linguagem técnica que não é compreendida pelos doentes pode originar reações emocionais excessivas pelo desconhecimento dos conceitos. (Santos *et al.*, 2010) Esta afirmação pode ser interpretada em dois pontos de vista. Primeiro na utilização da linguagem técnica perante os doentes, em segundo perante outros colegas profissionais de saúde. É neste segundo ponto possivelmente se podem enquadrar as respostas dos alunos dos cursos de APCT (80%), OPR (76,5%), CPL (75%) e ORT (78,6%) que concordam com a afirmação. Sendo áreas muitas vezes implementadas no seio de equipas multidisciplinares, os alunos entendem que o uso de termos técnicos poderá melhorar a opinião dos seus colegas no seu domínio científico, principalmente entre os quais o relacionamento é mais ocasional. A leitura dos resultados dos alunos de MN (75%), DTN (59,1%), FM (58,3%) e RD (61,1%) que discordam, poderá prender-se com o primeiro ponto acima enumerado, onde a sua preocupação se prende com a compreensão dos doentes aos tratamentos e análises que se pretendem efetuar.

A comunicação entre colegas deve ser escassa para não causar distrações.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	0	-	19	95%	1	5%
APCT	1	6,7%	14	93,3%	0	-
CPL	1	6,3%	15	93,8%	0	-
DTN	0	-	22	100%	0	-
FM	0	-	12	100%	0	-
FT	0	-	20	100%	0	-
MN	1	8,3%	11	91,7%	0	-
OPR	0	-	17	100%	0	-
ORT	2	14,3%	12	85,7%	0	-
RD	1	5,6%	17	94,4%	0	-
RT	0	-	14	100%	0	-
Total	6	3,3%	173	96,1%	1	0,6%

Quadro 27. Comunicação entre colegas

Neste quadro é visível a discordância dos alunos, com o valor total de 96,1%. Existem momentos no desenvolvimento de processos de trabalho onde a concentração dos profissionais deve ser dirigida para a resolução dos mesmos. Contudo a comunicação entre colegas permite estabelecer relações mais estreitas e melhorar o ambiente laboral. (Marquardt; Gades; Robelski, 2011)

O profissional deve utilizar linguagem científica para todos os doentes.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	0	-	20	100%	0	-
APCT	0	-	15	100%	0	-
CPL	0	-	16	100%	0	-
DTN	1	4,5%	21	95,5%	0	-
FM	1	8,3%	11	91,7%	0	-
FT	0	-	20	100%	0	-
MN	0	-	12	100%	0	-
OPR	4	23,5%	13	76,5%	0	-
ORT	1	7,1%	13	92,9%	0	-

RD	1	5,6%	17	94,4%	0	-
RT	1	7,1%	10	71,4%	3	21,4%
Total	9	5%	168	93,3%	3	1,7%

Quadro 28. Generalização da linguagem científica

O valor total de discordância de 93,3% é um bom indicador de que os alunos são da opinião da adequação da linguagem dependendo dos doentes. Estes resultados acabam por de certa forma confirmar a interpretação na análise realizada no Quadro 26.

A adequação da linguagem dos profissionais de saúde para com os doentes é essencial para a adesão dos doentes aos seus tratamentos. A compreensão do que se pretende atingir melhora a perceção dos doentes relativamente aos tratamentos que têm de realizar. (Santos *et al.*, 2010)

Enquanto se executam tarefas não devem ocorrer conversas sobre o quotidiano.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	7	35%	13	65%	0	-
APCT	1	6,7%	14	93,3%	0	-
CPL	7	43,8%	9	56,3%	0	-
DTN	13	59,1%	9	40,9%	0	-
FM	4	33,3%	8	66,7%	0	-
FT	2	10%	18	90%	0	-
MN	6	50%	6	50%	0	-
OPR	5	29,4%	12	70,6%	0	-
ORT	9	64,3%	5	35,7%	0	-
RD	9	50%	9	50%	0	-
RT	5	35,7%	6	42,9%	3	21,4%
Total	68	37,8%	109	60,6%	3	1,7%

Quadro 29. Conversas sobre o quotidiano durante a execução de tarefas

Segundo o total de 60,6%, pode-se afirmar que os alunos discordam com o fato de não se poder manter uma conversa com um tema extralaboral enquanto se executam tarefas. Esta afirmação é semelhante ao Quadro 27, contudo nesta, há um apontamento à possibilidade de ocorrerem conversas durante a execução de tarefas.

Os processos de trabalhos mais complexos implicam etapas sucessivas com um raciocínio contínuo. A interrupção dessa linha de pensamento pode originar falhas.

Os alunos do curso de ORT concordam em 64,3% com a afirmação. Nota também para o equilíbrio de opiniões dos alunos de MN e RD com 50% de respostas positivas e negativas.

5. Aprendizagem

O conceito de aprendizagem ao longo da vida tem sido incutido nas novas gerações de profissionais de saúde, evitando a estagnação do saber profissional, pelo que a formação contínua, é na visão dos alunos, um objetivo a seguir independentemente dos financiamentos dados por outros elementos ou instituições com quem mantém relações profissionais.

A formação dos profissionais de saúde deve ser contínua mesmo que o seu financiamento não seja garantido por nenhuma instituição.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	18	90%	2	10%	0	-
APCT	15	100%	0	-	0	-
CPL	16	100%	0	-	0	-
DTN	17	77,3%	5	22,7%	0	-
FM	11	91,7%	1	8,3%	0	-
FT	20	100%	0	-	0	-
MN	12	100%	0	-	0	-
OPR	14	82,4%	3	17,6%	0	-
ORT	8	57,1%	6	42,9%	0	-
RD	16	88,9%	2	11,1%	0	-
RT	13	92,9%	0	-	1	7,1%
Total	160	88,9%	19	10,6%	1	0,6%

Quadro 30. O financiamento da formação dos profissionais de saúde

A grande maioria dos alunos inquiridos concorda com a formação contínua mesmo sem financiamento garantido (88,9%).

A formação contínua é incutida aos alunos, tendo em consideração a aprendizagem ao longo da vida. Os profissionais de saúde devem manter o seu

currículo atualizado relativamente às evoluções tecnológicas e processuais. (WHO, 2011) Contudo as entidades patronais poderão, ou não, financiar a formação dos seus profissionais.

O curso de ORT apresenta uma divergência relativa de opiniões nesta afirmação, com 57,1% de respostas positivas e 42,9% de respostas negativas.

Quanto maior for a experiência profissional, menor será a probabilidade de ocorrerem erros.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	10	50%	10	50%	0	-
APCT	11	73,3%	4	26,7%	0	-
CPL	11	68,8%	5	31,3%	0	-
DTN	12	54,5%	10	45,5%	0	-
FM	5	41,7%	7	58,3%	0	-
FT	12	60%	8	40%	0	-
MN	10	83,3%	2	16,7%	0	-
OPR	10	58,8%	6	35,3%	1	5,9%
ORT	6	42,9%	8	57,1%	0	-
RD	9	50%	8	44,4%	1	5,6%
RT	6	42,9%	7	50%	1	7,1%
Total	102	56,7%	75	41,7%	3	1,7%

Quadro 31. Relação entre a experiência profissional e a probabilidade do erro

A maioria dos alunos concorda (56,7%) que existe uma diminuição da probabilidade de erro com o aumento da experiência profissional. Contudo, e apesar de a experiência aumentar a segurança dos profissionais de saúde na sua prática, o excesso de confiança na execução dos processos de trabalho pode originar erros (Vincent; Taylor-Adams; Stanhope, 1998), e por vezes a linha que separa estes dois fatores pode ser muito ténue. Neste caso os alunos do curso de FM (58,3%) e ORT (57,1%) surgem na discordância com esta afirmação.

6. Ambiente justo

O ambiente vivenciado nos locais de trabalho é um impulsionador da mentalidade que se pretende implementar na prestação dos serviços. Se os erros podem originar oportunidades de aprendizagem e melhorias, o intuito punitivo e de

culpabilização pode inibir o relato de erros, mesmo que não provoquem um evento adverso ao doente. Os alunos, apesar de se encontrarem divididos na possível punição dos erros, são claros no reporte contínuo de “anomalias” dos processos de trabalho. Porém, é no seu entender que os erros devem ser discutidos com a maior descrição possível sem que se recorra aos processos jurídicos, mesmo que ocorra um evento adverso.

Os erros devem ser punidos.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	9	45%	11	55%	0	-
APCT	7	46,7%	6	40%	2	13,3%
CPL	9	56,3%	7	43,8%	0	-
DTN	7	31,8%	15	68,2%	0	-
FM	7	58,3%	5	41,7%	0	-
FT	12	60%	8	40%	0	-
MN	5	41,7%	7	58,3%	0	-
OPR	9	52,9%	7	41,2%	1	5,9%
ORT	6	42,9%	8	57,1%	0	-
RD	9	50%	9	50%	0	-
RT	6	42,9%	5	35,7%	3	21,4%
Total	86	47,8%	88	48,9%	6	3,3%

Quadro 32. Punição dos erros

O total apresenta 47,8% de respostas concordantes e 48,9% de respostas discordantes. Tal pode dever-se à sensibilidade da origem dos erros, sendo por negligência ou por distrações.

O ato punitivo não favorece a diminuição de ocorrência de futuros erros (Chen; Ng; Li, 2011), devendo ser realizada uma análise do sistema e dos processos de trabalho, em oposição à culpabilização individual. (Serranheira; Uva; Sousa, 2010)

Apesar disto, os alunos dos cursos de CPL (56,3%), FM (58,3%), FT (60%) e OPR (52,9%) concordam com a punição dos erros. Em oposição a maioria dos alunos de DTN (68,2%) discorda com o ato punitivo dos erros.

Não há necessidade de reportar os erros se não causam dano no doente.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	0	-	20	100%	0	-
APCT	4	26,7%	11	73,3%	0	-
CPL	2	12,5%	14	87,5%	0	-
DTN	1	4,5%	21	95,5%	0	-
FM	1	8,3%	11	91,7%	0	-
FT	2	10%	16	80%	2	10%
MN	1	8,3%	11	91,7%	0	-
OPR	2	11,8%	15	88,2%	0	-
ORT	6	42,9%	8	57,1%	0	-
RD	1	5,6%	17	94,4%	0	-
RT	0	-	13	92,9%	1	7,1%
Total	20	11,1%	157	87,2%	3	1,7%

Quadro 33. Reporte de erros

Os alunos discordam na sua maioria com o não reporte dos erros quando os mesmos não provocam dano nos doentes (87,2%). Apesar destas respostas obtidas pelos alunos, muitos profissionais de saúde apenas relatam os erros que originam eventos adversos e não os *near-misses*. Este fato prende-se com um ambiente punitivo na organização, onde por não ocorrer dano no doente, os profissionais não relatam o erro para evitar qualquer tipo de penalização. (Mahajan, 2010)

Os alunos de ORT com um total de concordância de 42,9% destacam-se na oposição à tendência geral dos restantes alunos.

Erros devem ser discutidos à "porta fechada".						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	14	70%	6	30%	0	-
APCT	9	60%	6	40%	0	-
CPL	11	68,8%	4	25%	1	6,3%
DTN	14	63,6%	8	36,4%	0	-
FM	6	50%	6	50%	0	-
FT	15	75%	5	25%	0	-

MN	7	58,3%	5	41,7%	0	-
OPR	12	70,6%	5	29,4%	0	-
ORT	12	85,7%	2	14,3%	0	-
RD	9	50%	8	44,4%	1	5,6%
RT	6	42,9%	5	35,7%	3	21,4%
Total	115	63,9%	60	33,3%	5	2,8%

Quadro 34. Discussão dos erros

Os alunos concordam com a discussão dos erros dentro de um grupo profissional restrito (63,9%).

Este resultado vem em contraponto à preocupação na transparência processual existente na análise dos erros organizacionais (Lage, 2010), permitindo uma melhoria dos serviços de saúde. (Nieva; Sorra, 2003)

Os alunos do curso de ORT (85,7%), FT (75%), OPR (70,6%) e ACSP (70%) são os maiores contribuidores na concordância com esta afirmação. Poderão estes resultados ser explicados pelos acontecimentos mediáticos na área da saúde, onde os técnicos de saúde são expostos muitas vezes como os principais causadores dos erros nos sistemas de saúde.

Os eventos adversos devem ser resolvidos judicialmente.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	7	35%	12	60%	1	5%
APCT	2	13,3%	13	86,7%	0	-
CPL	4	25%	12	75%	0	-
DTN	6	27,3%	16	72,7%	0	-
FM	0	-	12	100%	0	-
FT	7	35%	13	65%	0	-
MN	2	16,7%	9	75%	1	8,3%
POR	5	29,4%	11	64,7%	1	5,9%
ORT	9	64,3%	5	35,7%	0	-
RD	6	33,3%	12	66,7%	0	-
RT	1	7,1%	7	50%	6	42,9%
Total	49	27,2%	122	67,8%	9	5%

Quadro 35. Resolução judicial dos eventos adversos

Em geral os alunos discordam com a afirmação (67,8%).

A culpabilização do profissional de saúde tem um intuito punitivo, que os meios de comunicação social e os políticos utilizam para imputar responsabilidades nos profissionais de saúde (Sousa *et al.*, 2009), apesar de muitas vezes os próprios eventos adversos poderem ocorrer como consequência de efeitos secundários dos tratamentos dos doentes. (Guldenmund, 2010) Nesse sentido se o doente não estiver completamente ciente dos possíveis efeitos secundários dos tratamentos, qualquer acontecimento poderá ser visto pelo próprio como um erro dos profissionais de saúde que lhes causou algum tipo de dano. O fornecimento de informação constante aos doentes e respetivos familiares melhora a receptividade dos próprios perante alguns efeitos secundários dos tratamentos. (Grantham; McMillan, 2006)

Em particular os alunos do curso de FM (100%) destacam-se na discordância da afirmação. O erro relacionado com o medicamento é normalmente dos temas mais mediáticos e julgados em hasta pública, pelo que os alunos poderão ter respondido como uma tentativa de proteção profissional.

7. Prática clínica centrada no doente

Um doente empenhado na sua recuperação clínica pode ser um aliado essencial nos objetivos terapêuticos dos tratamentos, e em concreto, no desempenho das funções dos profissionais de saúde. O tempo disponível para informar o doente e a sua família, e o tempo utilizado para retirar informações que possam ser úteis nos métodos de tratamento, deve ser cuidado e visto como algo primordial, e não uma obrigação que se possa evitar. Um doente que conhece todo o seu processo clínico e que entende os objetivos dos tratamentos a que é sujeito, tem uma maior probabilidade de adesão aos tratamentos que os profissionais de saúde recomendam.

Deve ser dada apenas a informação suficiente à família do doente, porque não há muito tempo para conversar.				
	Concordo		Discordo	
Curso	N	%	N	%
ACSP	1	5%	19	95%
APCT	0	-	15	100%
CPL	1	6,2%	15	93,8%
DTN	0	-	22	100%
FM	0	-	12	100%

FT	0	-	20	100%
MN	2	16,7%	10	83,3%
OPR	1	5,9%	16	94,1%
ORT	1	7,1%	13	92,9%
RD	2	11,1%	16	88,9%
RT	0	-	14	100%
Total	8	4,4%	172	95,6%

Quadro 36. Disponibilidade de informação à família do doente

Em grande maioria os alunos discordam com esta afirmação (95,6%), mostrando-se com disponibilidade para manterem a família do doente informada.

Apesar de serem vistos por alguns profissionais como elementos passivos durante o seu processo de cura, a participação ativa dos doentes e familiares pode melhorar os resultados da terapêutica. (Vicent; Coutler, 2002)

Um doente informado pode ser prejudicial para o seu próprio tratamento.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	1	5%	19	95%	0	-
APCT	0	-	15	100%	0	-
CPL	2	12,5%	14	87,5%	0	-
DTN	3	13,6%	19	86,4%	0	-
FM	2	16,7%	10	83,3%	0	-
FT	3	15%	17	85%	0	-
MN	1	8,3%	11	91,7%	0	-
OPR	4	23,5%	13	76,5%	0	-
ORT	3	21,4%	11	78,6%	0	-
RD	6	33,3%	12	66,7%	0	-
RT	2	14,3%	10	71,4%	2	14,3%
Total	27	15%	151	83,9%	2	1,1%

Quadro 37. Relação entre a informação ao doente e o seu tratamento

Segundo o quadro acima, os alunos discordam que um doente informado pode ser prejudicial para o seu tratamento, com um valor total de 83,9%.

A relação entre os profissionais de saúde e o doente contribui para evolução positiva dos resultados de saúde do doente. Se o doente se sentir como membro ativo

do seu tratamento, a probabilidade de poder aderir às recomendações efetuadas é maior, assim como a sua satisfação. (Santos *et al.*, 2010)

Em particular, os alunos do curso de APCT destacam-se com 100% de desacordo no que diz respeito à falta de informação dada aos doentes.

Apenas a informação relevante sobre o doente deve ser registada.						
	Concordo		Discordo		Em branco	
Curso	N	%	N	%	N	%
ACSP	7	35%	13	65%	0	-
APCT	8	53,3%	7	46,7%	0	-
CPL	8	50%	8	50%	0	-
DTN	9	40,9%	13	59,1%	0	-
FM	4	33,3%	8	66,7%	0	-
FT	14	70%	6	30%	0	-
MN	6	50%	6	50%	0	-
OPR	5	29,4%	11	64,7%	1	5,9%
ORT	8	57,1%	6	42,9%	0	-
RD	9	50%	9	50%	0	-
RT	3	21,4%	10	71,4%	1	7,1%
Total	81	45%	97	53,9%	2	1,1%

Quadro 38. Registo de informação do doente

Existe um equilíbrio nas respostas dos alunos 45% de respostas positivas em oposição a 53,9% de respostas negativas. Poderá isto ocorrer por alguma dificuldade na interpretação da informação disponível para a escolha dos tratamentos e consequente processo terapêutico.

CAPITULO 6 – Conclusões e recomendações

1. Conclusões

A ESTeSL como um centro de formação multidisciplinar de futuros profissionais de saúde, possibilita a interação diária entre alunos que aprendem conhecimentos e saberes, que apesar de diferentes focam o mesmo objetivo, ou seja, o “processo de cura” do doente. Esta escola demonstrou-se um local privilegiado para a implementação do questionário, permitindo obter uma análise transversal entre os diversos alunos dos diferentes cursos das tecnologias de diagnóstico e terapêutica na abordagem à segurança do doente.

Pode dizer-se que de uma forma geral entre todos os alunos que frequentaram o 4º ano na ESTeSL, perante as suas perceções, conhecem muitos dos princípios da segurança do doente. Apesar destes dados, verifica-se que na sua grande maioria os alunos não têm uma noção clara dos processos ligados à segurança do doente, pelo que apesar de conhecerem as medidas de segurança, não têm a perceção das bases fundamentais que criaram essas mesmas medidas.

Existe um reconhecimento da personagem de um líder nas equipas de trabalho, onde não obstante do seguimento das suas indicações, os alunos sentem que devem ser escutados durante os tratamentos dos doentes como parceiros e não apenas como meios de ação das suas chefias.

Os alunos destacam o trabalho em equipa como uma das principais dimensões na segurança do doente, demonstrando que o trabalho individualista sem uma visão global do grupo de trabalho pode por em causa o funcionamento da equipa, e consequentemente a qualidade dos serviços e segurança do doente.

O doente como elemento central dos sistemas organizacionais nas instituições de saúde tem o direito de estar informado sobre a sua situação clínica. Os alunos são sensíveis à integração e informação dos doentes e dos seus familiares no paradigma doente-profissional de saúde, com o uso de linguagem adequada à capacidade de interpretação do doente com que se deparam.

Apesar dos alunos se mostrarem próximos dos pressupostos da segurança do doente, existe um desconhecimento das suas áreas de domínio. A transparência na

resolução de erros ocorridos nos serviços de saúde melhora a ligação dos doentes com os serviços de saúde. Essa interpretação não é clara para os alunos. Da mesma forma que embora a experiência profissional melhore a performance e confiança na prática clínica, não deve ser utilizada com o intuito de flexibilizar as normas instituídas, e por em causa o doente mesmo que inadvertidamente.

Compreendendo os aspetos laborais ligados à modelação dos profissionais de saúde, consoante as características organizacionais onde exercem as suas funções, resta saber se os alunos seguirão a linha de pensamento que demonstraram neste questionário ou se porventura irão adaptar-se às condições que encontrarem e exigências das suas instituições empregadoras.

O estudo apresentado propõe uma escala de avaliação da segurança do doente, percebido para as atitudes, perceções, comportamentos e convicções, com várias dimensões, sendo válida. Este fato, no entanto, não dispensa a necessidade de se continuar a investigar esta temática. O aprofundamento em algumas questões e a sua posterior interpretação poderá ser interessante dadas as respostas obtidas neste estudo.

2. Recomendações

A pesquisa dos atores intervenientes no ambiente escolar permite identificar tanto os alunos, como os professores, como os principais na aprendizagem da segurança do doente. A implementação de um questionário aos professores que lecionam conhecimentos específicos de prática clínica pode demonstrar a sensibilidade que elementos que transmitem o conhecimento e conferem as competências técnicas aos alunos. (WHO, 2011)

Já em relação ao sucesso na implementação deste questionário aos alunos das tecnologias da saúde, existe a possibilidade de uma consequente adaptação e melhoramento do instrumento de recolha de dados, com o intuito de o implementar em outras áreas de formação profissionais, tais como a enfermagem ou medicina.

Visto que um dos aspetos negativos encontrados neste estudo, foi a falta de conhecimento técnico da segurança do doente por parte dos alunos inquiridos, a implementação de programas de segurança do doente, como a criação de unidade curricular, poderia influenciar, motivar e aproximar os alunos para os princípios de

boas práticas, com especial ênfase na melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, e na própria segurança da integridade do doente no seu processo de cura.

CAPITULO 7 – Referências bibliográficas

ALVES, M. – Jovens licenciados em processo de transição para a vida activa: Problemática da construção identitária. In ESTRELA, A.; CANÁRIO, R.; FERREIRA, J. ed. lit. Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Actas do VI Colóquio Nacional da secção portuguesa da AIP ELF/AFIRSE. Lisboa: AIP ELF/AFIRSE, 1996, vol.1.

BARROSO, J. – Formação, projecto e desenvolvimento organizacional. In CANÁRIO, R. – Formação e situações de trabalho. Porto : Porto Editora, 1997. ISBN: 972-0-34125-4. p. 61 – 78.

BERNOUX, P. – A sociologia das organizações. Porto : Rés, 1995. ISBN: 978-972-7032-09-9

BLAND, J.; ALTMAN, D. – Cronbach's alpha. [Em linha] **British Medical Journal**. 314 (1997) 572. [Consult. 2 Jun. 2012] Disponível em <http://www.bmj.com/content/314/7080/572.full>

BOLÍVAR, A. – A escola como organização que aprende. In CANÁRIO, R. – Formação e situações de trabalho. Porto : Porto Editora, 1997. ISBN: 972-0-34125-4. p. 79 – 100.

BOUDON, R. – Os métodos em sociologia. Lisboa : Rolim, 1990. ISBN: 978-972-687-078-4.

CABRITO, B. – Formações em alternância: conceitos e práticas. Lisboa : Educa, 1994. ISBN: 972-8036-08-6.

CANÁRIO R. – Centros de formação das associações de escolas: que futuro? In AMUGUINHO, A.; CANÁRIO, R. – Escolas e Mudança: O papel dos Centros de Formação. Lisboa : Educa, 1994. ISBN: 972-8036-09-4.

CARNEIRO, A. – O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. [Em linha] **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10 (2010) 3 – 10. [Consult. 2 Jun. 2012]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/o-erro-clinico.-os-efeitos-adversos-terap%C3%AAAuticos-13189808-artigos-originais-2010>

CHEN, C.; NG, H.; LI, H. – A multilevel model of patient safety culture: cross-level relationship between organizational culture and patient safety behavior in Taiwan's hospitals. [Em linha] **International Journal Of Health Planning And Management**. 26 : 3 (2011) 1 – 18. [Consult. 27 Out. 2011]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.v27.1/issuetoc>

DAIM, T.; HA, A.; REUTIMAN, S.; HUGHES, B.; PATHAK, U.; BYNUM, W.; BHATLA, A. – Exploring the communication breakdown in global virtual teams. [Em linha] **International Journal of Project Management**. 30 (2012) 199 – 212. [Consult. 12 Set. 2012] Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0263786311000779>

DECRETO-LEI Nº. 564/99. D.R. 1ª Série. 295 (21-12-1999) 9083-9100 - Estatuto de carreira para os técnicos de diagnóstico e terapêutica.

DONABEDIAN, A. – The quality of care: How can it be assessed? [Em Linha] **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. 121 : 11 (1997) 1145 – 1150. [Consult. 29 Jul. 2012]. Disponível em http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care_How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf

DUBAR, C. – Formação, trabalho e identidades profissionais. In CANÁRIO, R. – Formação e situações de trabalho. Porto : Porto Editora, 1997. ISBN: 972-0-34125-4. p. 43 – 52.

ELIZABETH, R.; VICENTE, P.; FERRÃO, F. – Sondagens: A amostragem como factor decisivo de qualidade. 2ª Edição. Lisboa : Sílabo, 2001. ISBN: 978-972-6181-36-1.

ESTeSL – Relatório de atividades 2011. [Em linha] Lisboa : Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2012. [Consult. 30 Jul. 2012] Disponível em http://www.estesl.ipl.pt/Sites/estesl/Publico/ST_RecEd/GAM/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202011.pdf

FARREL, C. – Patient and public involvement in health: the evidence for policy implementation. [Em linha] Reino Unido : A summary of the results of the Health in Partnership research programme. Department of Health, 2004. [Consult. 15 Jun. 2012]. Disponível em

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4082334.pdf

FENG, X.; BOBAY, K.; WEISS, M. – Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. [Em linha] **Journal of Advanced Nursing**. 63 : 3 (2008) 310 – 319 [Consult. 2 Jun. 2012]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x/pdf>

FORTIN, M. – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures : Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FRANÇOISE, F. – Fundamentos e Etapas do processo de Investigação. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FRAGATA, J. – Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. [Em linha] **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10 (2010) 17 – 26. [Consult. 10 Nov. 2011]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-13189855-artigos-originais-2010>

FRIEDBERG, E. – Organização. In BOUDON, R. – Tratado de sociologia. Lisboa : ASA, 1995. ISBN: 972-41-1594-1. p. 343 – 378

GABA, D. – The future vision of simulation in health care. [Em linha] **Quality & Safety Health Care**. 13 : Suplemento I (2004) i2 – i10. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em doi:10.1136/qshc.2004.009878.

GAIRÍN, J.; CASTRO, D. – Safety in schools: an integral approach. [Em linha] **International Journal of Leadership in Education**. 14 : 4 (2011) 457 – 474. [Consult. 27 Out. 2011]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/13603124.2011.585664>.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. – O Inquérito: Teoria e Prática. Oeiras : Celta Editora, 2001. ISBN 972-774-120-7.

GOMES, R. – Culturas de Escola e Identidades dos Professores. Lisboa : Educa, 1993. ISBN: 972-8036-05-1.

GRANTHAM, G.; McMILLAN, V. – Patient self-medication: a change in hospital practice. **Journal of Clinical Nursing**. 15 : 8 (2006) 962 – 970. [Consult. 9 Jun. 2012] Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01398.x/pdf>

GROVES, P.; MEISENBACH, R.; SCOTT-CAWIEZELL. – Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. [Em linha] **Journal of Advanced Nursing**. 67 : 8 (2011) 1846 – 1855. [Consult. 7 Set. 2012] Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0526424b-b29a-45f5-bc90-adcc802036b0%40sessionmgr115&vid=2&hid=24>

GÜNTHER, H. – Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? [Em linha] **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 22 : 2 (2006) 201 – 210. [Consult. 29 Jul. 2012] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>

GULDENMUND, F. – The nature of safety culture: a review of theory and research. [Em linha] **Safety Science**. 34 (2000) 215 – 257. [Consult. 27 Out. 2011]. Disponível em <http://www.tudelft.nl/live/binaries/55e4afad-b4c5-4e33-b60c-68a9c6bcfc3c/doc/safetyscience2000.pdf>

GULDENMUND, F. – (Mis)understanding Safety Culture and Its Relationship to Safety Management. [Em linha] **Risk Analysis**. 30 : 10 (2010). [Consult. 5 Jun. 2012] Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1539-6924.2010.01452.x/pdf>

HARVEY, J.; ERDOS, G.; BOLAM, H.; COX, M.; KENNEDY, J.; GREGORY, D. – An analysis of safety culture attitudes in a highly regulated environment. [Em linha] **Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations**. 16 : 1 (2002) 18 – 36. [Consult. 24 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370110113226>

HOFSTEDE, G.; NEUIJEN, B.; OHAYV, D.; SANDERS, G. – Measuring organizational cultures: a qualitative and quantitative study across twenty cases. [Em linha] **Administrative Science Quarterly**. 35 (1980) 286 – 316. [Consult. 2 Set. 2012]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd049552-d074-470f-ba33-52b77ad2911a%40sessionmgr12&vid=2&hid=13>

JESUÍNO, C. – Prefácio. In GOMES, R. – Culturas de Escola e Identidades dos Professores. Lisboa : Educa, 1993. ISBN: 972-8036-05-1.

KERRIDGE, I.; LOWE, M.; HENRY, D. – Ethics and evidence based medicine. [Em linha] **British Medical Journal**. 316 (1998) 1151 – 1153. [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945/pdf/1154.pdf>

LAGE, M. – Segurança do doente: da teoria à prática clínica. [Em linha] **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10 (2010) 11 – 16. [Consult. 13 Set. 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca%20do%20doente_%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf

LEAPE, L. – Error in Medicine. [Em linha] **Journal of the American Medical Association**. 272 : 23 (1994) 1851 – 1857. [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://jama.jamanetwork.com/ on 07/08/2012>

MACRAE, C. – Learning from patient safety incidents: Creating participative risk regulation in healthcare. [Em linha] **Health, Risk & Society**. 10 : 1 (2008) 53 – 67. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698570701782452>

MAHAJAN, R. – Critical incident reporting and learning. [Em linha] **British Journal of Anaesthesia**. 105 : 1 (2010) 69 – 75. [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://bjaoxfordjournals.org/content/105/1/69.full.pdf+html>

MAIA, R. (Coord.) – Dicionário de Sociologia. Porto : Porto Editora, 2002. ISBN: 972-0-05273-2.

MALGLAIVE, G. – Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. In CANÁRIO, R. – Formação e situações de trabalho. Porto : Porto Editora, 1997. ISBN: 972-0-34125-4. p. 53 – 61.

MAROCO, J. – Análise Estatística: com utilização do SPSS. 1ª Edição. Lisboa : Sílabo, 2003. ISBN: 972-618-298-0.

MAROCO, J.; MARQUES, T. – Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. [Em linha] **Laboratório de Psicologia**. 4:1 (2006) 65 – 90. [Consult. 12 Jul. 2012]. Disponível em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)

MARQUARDT, N.; GADES, R.; ROBELSKI, S. – Implicit social cognition and safety culture. [Em linha] **Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries**. 22 : 3 (2011) 1 – 22. [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hfm.20264/pdf>

MILLIGAN, F. – Establishing a culture for patient safety – The role of education. [Em linha] **Nurse Education Today**. 27 (2007) 95 – 102. [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691706000475>

NIEVA, V. F.; SORRA, J. – Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. [Em linha] **Quality & Safety Health Care**. 12 : Suplemento II (2003) ii17 – ii23. [Consult. 18 Jan. 2012]. Disponível em http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2.toc

OLIVEIRA, A. – Bioestatística, Epidemiologia e Investigação: Teorias e Aplicações. Lisboa : LIDEL, 2009. ISBN: 978-972-757-558-9.

RIBEIRO – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). [Em linha] **Análise Psicológica**. 3 : 17 (1999) 547 – 558. [Consult. 11 Jul. 2012] Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. – Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. 5ª Edição. Lisboa : Sílabo, 2008. ISBN: 978-972-618-498-0.

POLE, C.; LAMPARD, R. – Pratical Social Investigation: Qualitative and Quantitative Methods in Social Research. Londres : Pearson Education Limited, 2002. ISBN: 0-13-616848-5.

REASON, J. – Human error: models and management. [Em linha] **British Medical Journal**. 320 (2000) 768 – 770. [Consult. 3 Jun. 2012]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/320/7237/768?view=long&pmid=10720363>

SALAVESSA, M.; UVA, A. S. - Saúde e Segurança do Trabalho: da percepção do risco ao uso de EPI's. [Em linha] **Revista Saúde & Trabalho**. 6 : 6 (2007) 69 - 93. [Consult. 10 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st06.pdf>

SAMMER, C. E.; LYKENS, K.; SINGH, K. P.; MAINS, D. A.; LACKAN, N. A. – What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. [Em linha] **Journal of Nursing Scholarship**. 42 : 2 (2010) 156 – 165. [Consult. 27 Out. 2011]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x/pdf>

SANTOS, C. – A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional [Em linha] **Interacções**. 8 (2005) 123 – 144. [Consult. 10 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/145/149>

SANTOS, M.; GRILO, A.; ANDRADE, G.; GUIMARÃES, T.; GOMES, A. – Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. [Em linha] **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10 (2010) 47 – 57. [Consult. 30 Jul. 2012]. Disponível em [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13189858&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=323&ty=115&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323vVol%20Temat\(10\)n00a13189858pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13189858&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=323&ty=115&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323vVol%20Temat(10)n00a13189858pdf001.pdf)

SERRANHEIRA, F.; UVA, A.; SOUSA, P. – Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. [Em linha] **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10 (2010) 58 – 73. [Consult. 16 Mar. 2011]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/7-Ergonomia%20hospitalar%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>

SILVA, C. (Coord.) – Escola Superior de Tecnologia da Saúde De Lisboa: um breve olhar sobre os 25 anos de ensino e formação. Lisboa : ESTeSL/IPL, 2007. ISBN: 978-989-8077-01-1.

SEXTON J.; THOMAS, E.; HELMREICH, R. – Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. [Em linha] **British Medical Journal**. 320 (2000) 745 – 749 [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27316/pdf/745.pdf>

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F.; PINTO, F.; ØVRETVEIT, J.; KLAZINGA N.; SUÑOL, R.; TERRIS, D. – The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. [Em linha] **Revista Portuguesa de**

Saúde Pública. Número especial 25 anos (2009) 91 – 106 [Consult. 27 Out. 2011]. Disponível em <http://run.unl.pt/handle/10362/4417>

SOUSA, P. – PATIENT SAFETY: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. [Em linha] **Acta Médica Portuguesa**. 19 (2006) 309 – 318 [Consult. 12 Mai. 2012]. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>

STROUSE, A. – Multidisciplinary Simulation Centers: Promoting Safe Practice. Em linha] **Clinical Simulation in Nursing**. 6 : 4 (2010) 139 – 142. [Consult. 1 Set. 2012]. Disponível em [doi:10.1016/j.ecns.2009.08.007](https://doi.org/10.1016/j.ecns.2009.08.007)

TAVARES, D. – Escola e Identidade Profissional: O caso dos técnicos de Cardiopneumologia. Lisboa : Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação. 2007. 355p. Tese de Doutoramento.

TENG, C.; SHYU, Y.; CHIOU, W.; FAN, H.; LAM, S. – Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**. 47 (2010) 1442 – 1450. [Consult. 15 Set. 2012]. Disponível em [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(10\)00146-X/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(10)00146-X/abstract)

TERENCE, A.; FILHO, E. – Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. Atas do XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 9 a 11 de Outubro de 2006. Disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf

VINCENT, C. – Incident reporting and patient safety: Emphasis is needed on measurement and safety improvement programmes. [Em linha] **British Medical Journal**. 334 : 51 (2007) 51 – 56. [Consult. 29 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1767279/pdf/bmj-334-7584-edit-00051.pdf>

VINCENT, C.; COUTLER, A. – Patient Safety: what about the patient? [Em linha] **Quality and Safety in Health Care**. 11 (2002) 76 – 80 [Consult. 8 Out. 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12078376>

VINCENT, C.; TAYLOR-ADAMS, S.; STANHOPE, N. – Education and debate: Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. [Em linha] **British Medical Journal**. 316 (1998) 1154 – 1157. [Consult. 8 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945/pdf/1154.pdf>

WHO – World Health Organization Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Malta : World Health Organization, 2011. ISBN: 978-92-4-150195-8.

ANEXO N.º 1

2012-5.2
 Aos 5 FPG
 Para informação e assinatura
 Dr. João Pedro Silva
 Director de Serviços

Antuniz
 Prof. Coordenador João Lobato
 Presidente da ESTeSL

Exmo. Senhor.
 Professor Coordenador João Lobato
 Presidente da Escola Superior de
 Tecnologia da Saúde de Lisboa

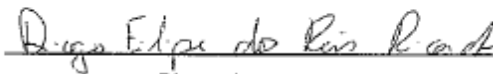
Assunto: Implementação de Questionário na ESTeSL.

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Segurança do Doente, intitulada por "A Cultura de Segurança do Doente em Estudantes do 4º ano das Tecnologias da Saúde", surge neste momento a fase de recolha de dados, para poder confrontar com o enquadramento teórico que tenho desenvolvido.

O instrumento que apresento, em anexo a esta carta, foi desenvolvido pela minha pessoa e pelo meu Orientador de Dissertação, Professor Doutor David Tavares. Sendo a população-alvo deste estudo os alunos do 4º ano letivo que frequentam esta instituição, venho por este meio solicitar a sua autorização para a implementação do instrumento de recolha de dados, de modo a poder continuar o trabalho que tenho proposto.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 27 de Abril de 2012.


 Diogo Filipe dos Reis Ricardo

ANEXO N.º 2

QUESTIONÁRIO

Este questionário é realizado no âmbito de uma Dissertação de Mestrado.

Os dados recolhidos são anónimos.

Agradece-se antecipadamente a sua participação neste processo.

CURSOACSP ☐DTN ☐MN ☐RD ☐APCT ☐FM ☐OPR ☐RT ☐CPL ☐FT ☐ORT ☐**SEXO**Masculino ☐Feminino ☐**Concordo****Discordo**

1. A formação dos profissionais de saúde deve ser contínua mesmo que o seu financiamento não seja garantido por nenhuma instituição.

☐☐

2. Devem ser considerados membros de equipa aqueles que tenham formação superior.

☐☐

3. O líder deve motivar constantemente os profissionais quando o desempenho é positivo e repreender quando o desempenho é negativo.

☐☐

4. Os objetivos da equipa devem ser concordantes com os objetivos individuais dos membros que a constituem.

☐☐

5. Quanto maior for a experiência profissional, menor será a probabilidade de ocorrerem erros.

☐☐

6. Um profissional de saúde deve empregar termos técnicos para demonstrar o domínio do tema.

☐☐

7. Deve ser dada apenas a informação suficiente à família do doente, porque não há muito tempo para conversar.

☐☐

8. Os erros devem ser punidos.

☐☐

9. A comunicação entre colegas deve ser escassa para não causar distrações.

☐☐

10. Ficaria desmotivado se, apesar do seu bom desempenho, o seu chefe não lho referisse.

☐☐

11. O rendimento de uma equipa depende da ideia de que juntos os seus membros podem obter bons resultados.

☐☐

12. Quando há excesso de trabalho, os processos devem ser acelerados de

☐☐

modo a diminuir os tempos de espera.		
13. O excesso de proteção individual dos profissionais é negativo para a segurança do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. A experiência profissional pode ser utilizada para otimizar o trabalho e evitar etapas nos processos de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O líder deve punir desvios do protocolo, mesmo quando os doentes são beneficiados por esses desvios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Não há necessidade de reportar os erros se não causam dano no doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Erros devem ser discutidos à “porta fechada”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Normas de procedimentos rígidas protegem os doentes de erros profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. O rendimento de uma equipa depende da relação entre os membros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Uma boa liderança permite discussão sobre tratamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. O profissional deve utilizar linguagem científica para todos os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Os objetivos pessoais do profissional não têm importância se o desempenho da equipa for bom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. O líder deve ser sempre definido pela estrutura institucional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. As tarefas individuais devem ser cumpridas sem pedir ajuda aos colegas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Enquanto se executam tarefas não devem ocorrer conversas sobre o quotidiano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. As instituições de saúde devem ser avaliadas em função dos indicadores de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Cada membro da equipa deve ser especializado numa função.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. O papel de cada membro da equipa deve ser o menos regulamentado possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Um doente informado pode ser prejudicial para o seu próprio tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Apenas a informação relevante sobre o doente deve ser registada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Os eventos adversos devem ser resolvidos judicialmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>